К. И. Платонов



СЛОВО КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

~

С предисловием Игоря Бомбушкара

МЕДГИЗ • 1954-1961

К. И. Платонов

СЛОВО
КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

(ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ПСИХОТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ УЧЕНИЯ И. П. ПАВЛОВА)

с предисловием И. С. Бомбушкара

Медгиз 1954-1961

К. И. Платонов. СЛОВО КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР. Издание четвертое (скомпонованное из трёх предыдущих, без исправлений и дополнений). Киев: «Издательство Бомбушкара 2.0», 2015. – 602 с.

ISBN 978-966-2694-11-6

Данная книга, принадлежащая перу патриарха советской психотерапии – Константину Ивановичу Платонову, не нуждается в каком либо представлении, поскольку эта книга по праву считается библией научного гипноза.

В период с 1954 по 1961 год «Слово как физиологический и лечебный фактор» стала научным медицинским бестселлером и трижды переиздавалась в Советском Союзе. Несмотря на то, что Советский Союз давно распался, тем не менее, эта книга и в наше время не утратила своей былой популярности.

Именно поэтому, ради глубокого уважения и признания заслуг советских (украинских) психотерапевтов, издатель, в лице Игоря Бомбушкара, пошел на то, что бы 60 лет спустя, выпустить в свет четвертое издание, в котором издатель, скрупулезно собрал воедино, все то, что раннее, ещё при Советах, было издано во всех трех предыдущих.

Издатель желает не только увековечить эту бесценную книгу для потомков, но и сделать её доступной для современника, интересующегося глубинными основами медицинского гипноза. Более того, эта книга ни при каких условиях не может нигде продаваться за деньги, поскольку издатель не имеет никакого права без разрешения автора зарабатывать на его интеллектуальной собственности, поэтому, любой желающий может скачать полную версию этой книги абсолютно бесплатно с сайта www.mag-ingwar.com, а печатный вариант этой книги может быть также бесплатно доступен, но исключительно личным ученикам Игоря Бомбушкара.

Учитесь быть лучшими в своем любимом деле, и пусть заслуженная удача всегда сопровождает Вас во всем.

ISBN 978-966-2694-11-6

К. И. Платонов

СЛОВО КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

Издание четвертое
(скомпонованное из трёх предыдущих, без исправлений и дополнений).

с предисловием И.С.Бомбушкара

«Издательство Бомбушкара 2.0»
Киев
2015

ПРЕДИСЛОВИЕ ИЗДАТЕЛЯ К ЧЕТВЕРТОМУ ИЗДАНИЮ КНИГИ К. И. ПЛАТОНОВА СЛОВО КАК ЛЕЧЕБНЫЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР (1954- 1961).

Дорогой, Константин Иванович, в начале я хочу и должен попросить прощения у Вас за то, что без Вашего разрешения взялся официально переиздать Вашу поистине бесценную книгу 60 лет спустя, – простите меня и поверьте, что в этом моем глубоко осознанном поступке нет ни капли корысти и личной выгоды, но лишь искреннее желание быть полезным многим людям и служить в первую очередь нашей с Вами стране – Украине. Также, вынужден констатировать и безапелляционно заявить, что лучше Вашей книги по научному гипнозу мне ничего и никогда ещё не попадалось, хотя на сегодняшний день я прочитал около 8 тысяч книг, а учитывая современные тенденции глобального развития техник всеобщего и завуалированного профессионального обмана, и целенаправленного массового оглупления населения вряд ли, что либо попадется в будущем. Именно поэтому, я утверждаю, что гипноз в своей практической деятельности должны использовать лишь те, кто имеет заслуженное высшее медицинское образование, дабы понимать его тончайшие анатомические и нейрофизиологические механизмы, которые следует учитывать при работе с больным человеком.

Своим постоянным жизненным кредом, к которому я зачастую в ущерб самому себе всем своим естеством стремлюсь сам и призываю к этому своих учеников, коих у меня поверьте немало, я считаю такое непопулярное нынче качество как СПРАВЕДЛИВОСТЬ. Именно в справедливости я вижу возможность дальнейшего развития человечества в целом и абсолютно любой истинной глубинной науки в частности. О какой истинной науке я сейчас говорю? Я говорю сейчас о самой главной науке – науке человека о человеке, именно к этой науке во всеуслышание, призывали древние греки человечество, увековечив этот призыв на входе в свой главный Дельфийский храм бессмертной надписью «Человек, познай себя».

Я глубоко убежден, дражайший Константин Иванович в том, что если

бы вы сейчас были живы и увидели то, к чему спустя 60 лет после выхода в свет вашей бесценной книги пришла официальная наука в вопросе гипноза, вы бы однозначно перевернулись в своем гробу и захотели бы от души обматерить всех тех, кто довел современную медицинскую науку о гипнозе до такого печального состояния, в котором она пребывает сейчас.

Сколько Ваших сил было положено на то, что бы обогатить современную медицину надежным и веками, даже тысячелетиями проверенным орудием в борьбе со многими тяжелыми недугами – СЛОВОМ? И что, куда все это делось? Где Ваши потомки и последователи, которые учились у Вас? Почему они ничего не открыли нового? Почему они не смогли передать Ваш наработанный бесценный опыт дальше, молодым врачам? Почему все Ваше дело сегодня предано забвению? Почему сегодня больше нет новых Сеченовых, Павловых, Бехтеревых, Платоновых, Булей, Мессингов, Фрэйдов? Почему, почему, почему?..

Ровно 25 лет своей жизни я потратил на то, что бы ответить прежде всего самому себе на этот мучающий меня все эти годы вопрос, а именно, почему так произошло с нашей советской и постсоветской медициной, которая как нас убеждали была самой лучшей в мире? Если же говорить совсем просто, то почему так произошло, что наша современная медицина оказалась в полнейшей жопе, и кто в этом виноват?

Я долго и упорно искал ответ на этот вопрос и сегодня я нашел его (Том 7. «В поисках утраченных знаний»[1]). Если Вы считаете, что мне стало легче от того, что я нашел ответ на этот вопрос, то это далеко не так. Парадокс, но мне стало гораздо тяжелее на душе от понимания и осознания того, насколько стремительно и быстро может одновременно глупеть и таким образом деградировать большое количество людей, которые подвержены влиянию определенной и доминирующей в определенные исторические эпохи временной идеологии, которая разрабатывается и создается группкой умных, но не дальновидных и всегда обозленных людей. Насколько далеко в своем заблуждении может заходить человечество. Воистину прав тот философ, кто сказал однажды, что «нет предела глупости человеческой». Получив ответ на этот вопрос, я всем своим естеством осознал, и даже дал себе новую клятву (Статья «Праздничное поздравление «особых женщин» от Ингвара»[2]), что остаток своей жизни я проведу в работе над тем, что бы донести до сознания хотя бы нескольких тысяч или лучше миллионов людей то, что стало известно мне и было отвоевано у этого мира моей собственной кровью. Именно этим целям и служит

---

[1] Книга выйдет в свет до конца 2015 года. Информацию об этой книге смотри на сайте www.mag-ingwar.com

[2] Ссылка на статью http://mag-ingwar.com/news/75prazdnichnoe_pozdravlenie_osobyh_zhenszin_ot_ingvara/

мой тринадцатитомник (5 томов уже издано, и их бесплатно можно читать на сайте www.mag-ingwar.com, 6,7 и 8 выйдут до конца 2015 года).

Итак, не буду больше уходить от сути вопроса и выскажу свое мнение, основанное на полученном мною Знании, почему постсоветская медицина в целом и наука о гипнозе в частности находятся сегодня в таком плачевном состоянии?

Давайте честно и беспристрастно посмотрим на то, кто, где и как именно сегодня обучает молодых людей медицине. Поверьте, Константин Иванович, в наше время (21 век) в отличии от Вашего времени (20 век) уже можно говорить правду и за эту правду тебя может быть и не расстреляют, поскольку у нас наступила демократия и каждый может говорить все, что считает нужным. Другое дело, что эта правда в наше время, мало кому интересна и нужна, поскольку мой современник имеет качественно отличные от Вашего времени внутренние ценности, установки и убеждения. Так, например, в наше время весьма похвально и модно ездить на дорогой машине с вмонтированным телевизором и интернетом, показывать всем свое богатство и власть, открыто и безнаказанно врать, пить разрекламированную настоянную на высококачественных фекалиях очищенных ионами серебра водку, курить травку и нюхать кокс для расширения сознания, ну и конечно же трахаться, как можно больше, поскольку в наше время в отличии от Вашего секс уже есть, понимаете, его наконец то открыли. Зря Вы не прислушивались к венскому империалисту, старому добряку Зигмунду и считали его теории пансексуальности ошибочными, хотя мне понятно, что в Ваше время нужно было о некоторых вещах помалкивать, иначе расстрел, или, в лучшем случае, дурдом…

Итак, запомните, сегодня в медицинских ВУЗах подавляющее большинство преподавателей (90%) не заинтересованы дать студенту бесплатно истинных знаний своего предмета. Почему?

Во первых, потому что когда бедный и несчастный преподаватель медицинского ВУЗа живущий со своей женой и ребенком в сраном общежитии видит своего выхоленного студента приезжающего на занятие на дорогом авто и с охраной, то такой преподаватель всегда испытывает довольно специфические чувства озлобления и зависти и в результате преподаватель начинает подсознательно мстить и отыгрываться на таком студенте и часто настолько входит в эту роль, что уже почти во всех студентах он подсознательно видит детей богатых родителей у которых в отличии от него очень много денег. И что именно делает преподаватель? Преподаватель начинает делать все, что бы его студенты его не понимали и таким образом он пытается выставить их тупыми бестолочами, которые должны ради повышения своих знаний дружно и организованно прийти к

этому преподавателю на дополнительные платные занятия. Пришедшие на дополнительные платные занятия студенты платят со своего кармана этому несчастному преподавателю свои деньги, и преподаватель, получая на пустом месте, по сути, ни за что дополнительные деньги начинает привыкать к таким легким деньгам. Естественно, что часть этих денег такой предприимчивый преподаватель должен заносить заведующему кафедры, который закрывает на этот левый заработок свои глаза и не запрещает его никому из своих подопечных. Казалось бы, что здесь плохого, когда преподаватель «честно» зарабатывает себе в системе бесплатного медицинского государственного образования дополнительные деньги? Плохого в этом ничего нет, при условии, что этот преподаватель торгует на рынке картошкой или буряком или любым другим товаром, но когда преподаватель должен обучать медицине своего студента он обязан делать это всегда и только качественно, всецело отдавая себя только этому процессу.

Вывод: в современном мире, в 21 веке, при сложившихся в наше непростое время обстоятельствах медицина в целом и медицинское образование в частности не могут быть бесплатными, поскольку халява всегда приносит за собой только халяву. За все в этом мире нужно платить, так было всегда и так будет, это неизменный закон природы.

Во вторых, подавляющее большинство преподавателей живут не в сраном общежитии, а в своих собственных квартирах, которые им предоставили их состоятельные родители и вот эти преподаватели привыкли все в этой жизни получать без напряжения, без борьбы. Такие люди, никогда не знавшие нужды и страдания, боятся лишний раз перенапрячься и перетрудиться со своими студентами, а ведь процесс преподавания медицины это в идеальном варианте, очень сложный и трудоёмкий процесс на который способен далеко не каждый человек. Истинный преподаватель медицинской науки это необычный, видевший и познавший страдания и изучающий жизнь человек, который не принадлежит самому себе, но лишь своим студентам, которым он всецело отдан. Такой преподаватель буквально живет на кафедре, сочиняя при этом для повышения уровня запоминания в числе прочего даже собственные анатомические стихотворения, которые никогда не смогут забыть обучающиеся у него студенты. «А на лямина криброса поселился криста гали, спереди форамен цекум, сзади ос этмоидале» (Довгялло).

Вывод: очень часто медицину преподают люди, которым нет места в системе обучения, они должны быть подальше от студента, поскольку студент с таким изнеженным и боящимся перетрудиться преподавателем обречен стать балбесом, невротиком или психом.

В третьих, в наше время бесплатного медицинского образования лю-

бой молодой преподаватель наряду с обучением медицине почти всегда вынужден попутно решать и свои собственные жилищно-бытовые вопросы. Так, например, он за деньги студента решает все: экзамены, зачеты, контрольные, распределение на интернатуру по выбранной специализации, написание кандидатской диссертации и даже поступление в медицинский ВУЗ. Выходит, что в системе современного медицинского образования существует взяточничество? Нет, оно там не существует, оно там глобально и массово цветет и пахнет.

Вот Вам, дорогой Константин Иванович, истинные причины того, почему наша медицина оказалась в том месте, на котором мы сидим. В Ваше время все было иначе и я это знаю, потому что СССР вышел победителем из страшной войны, и практически каждый советский человек был заинтересован, честно потрудиться на благо своей страны, приняв участие в ее послевоенном восстановлении. Дети же тех, кто воевал в этой войне и особенно их внуки уже стали забывать о тех страшных событиях 1941-1945 годов, поскольку молодому поколению уже не нужно было работать на износ, как их дедам в послевоенное время. Так, потихоньку, в Советском Союзе стали появляться первые халявщики и лентяи, которые поняли, что если пойти в структуры власти, то там можно особо не работать и не напрягаться. Вот и полезли эти старые пердуны во власть, хорошо зная, что благодаря покойному Лаврентию Павловичу Иосифа Виссарионовича уже нет в живых, и никто им теперь не страшен. Эти старые, выжившие из ума пердуны, ни при каких условиях не хотели пропускать в Политбюро молодых, волевых, умных и дальновидных людей, которые бы смогли не только удержать великую страну с ее громадным потенциалом от распада, но и обеспечить заслуженное кровью наших дедов достойное будущее. Поэтому эти старые пердуны умирали от старости прямо на своем рабочем месте и никто не решался отправить их на пенсию раньше их смерти, поскольку каждый боялся за свое насиженное теплое место, а дальше появился единственный пятнистый кандидат-подкаблучник, который от своего большого ума довел Советский Союз до распада.

В 1991 году СССР вышедший победителем из великой и страшной войны распался, и лишь деньги тогда стали играть решающую роль во всем. Более того, появилась свобода, демократия и гласность, стало возможным везде говорить и нести всякую чушь и за это уже не наказывали, как прежде. Вместе с этим в разрушенный Советский Союз пришли тяжелые наркотики, проституция в ее самом постыдном варианте и тотальная безнравственность. Глупцы и невежды стали процветать, а умная и образованная интеллигенция вместе со всей наукой стала втаптываться в грязь.

Справедливости ради, должен отметить, что Ваша книга, глубокоуважаемый Константин Иванович в 1954-1961 стоила почти 20 рублей, в то время как моя мама работавшая в общежитии в это время зарабатывала 51 рубль, то есть простой советский человек не мог позволить себе тогда просто так приобрести Вашу книгу и это, безусловно, правильно, поскольку подобные книги, по определению, не могут быть дешевыми и общедоступными. Профессия врача, в ее идеальном варианте, это тяжелейший постоянный труд и клеймо на веки, на который способен далеко не каждый из тех, кто просто хочет быть врачом. И так было всегда, вплоть до распада Советского Союза.

Наступил период рыночной экономики и переход к рынку, государственные объекты мгновенно стали за бесценок скупаться предприимчивыми людьми, которые еще недавно были членами коммунистической партии. Повсюду стали строиться церкви и что самое парадоксальное, так это то, что в эти новые церкви первыми побежали именно так называемые новоявленные политики, которые еще вчера без всякой чести и совести повсеместно разрушали эти же самые церкви. Тот, кто сумел быстро перестроиться и приспособиться под новые рыночные условия стал тупо рубить бабло, такие люди стали уважаемыми и почетными, потом такие уважаемые, юные и богатые люди за свои деньги полезли в политику и стали писать для других людей законы жизни, которые были обязательны к выполнению не для всех, а лишь для подавляющего большинства людей у которых никогда не было денег, а те у кого эти деньги были, могли себе позволить жить по своим собственным законам и им было смешно и радостно жить в новых условиях наступившего социального бардака и хаоса. Советский мир в одночасье полностью изменился и стал с ног на голову.

И вот на фоне всей этой социальной разрухи появляется человек, который смог не только защитить честь и достоинство увядающей советской психотерапии, той самой психотерапии, которой Вы, Константин Иванович, посвятили всю Вашу жизнь, но и войти в мировую медицинскую историю, подобно легендарному и ненавистному Вам Фрэйду, совершив при этом настоящий подвиг. Естественно, что поднимающиеся с колен церковники усмотрели в нем опасность для своей веры и паствы и тут же быстро предали его бессмертное дело анафеме, бесстыдно оклеветав его. Я верю, что рано или поздно, придет время, когда и в его честь, также как и Фрэйду в Вене, откроют музей. Его имя стало нарицательным, он по телевиденью в присутствии консилиума врачей и академиков впервые в мире смог обезболить тяжелейшие полостные операции, но главная его заслуга в том, что он бросил вызов органическим (анатомическим) нарушениям (диабет, катаракта, варикозное расширение вен, пороки сердца, послеоперационные рубцы и грыжи, опухоли, язвы), а не только функциональным (энурез, заикание, бессонница, невроз, страхи и фобии),

как это было всегда. В чем особенность его подхода? Этот человек стал возбуждать в организме тех на кого было направлено его воздействие их собственную внутреннюю аптеку, поскольку, как он утверждает, в организме любого человека есть его собственные лекарства от всех болезней, нужно только правильно «настроить» организм на выработку этих бесплатных лекарств. Вот именно здесь, с осознания власть имущими слова «бесплатные лекарства» и начались первые большие сложности. Что же это за сложности?

А вы подумайте сами, если у министра здравоохранения Украины сегодня есть собственный фармацевтический завод, который приносит ему и его семье миллионы, будет ли этот министр здравоохранения заинтересован в бесплатных лекарствах, которые вырабатывает не его фармацевтический завод, а организм любого человека для своих собственных нужд? Будет ли этот сегодняшний министр здравоохранения хотеть слышать о мировом открытии «матрицы памяти нормы» (открытую человечеству все тем же Кашпировским), которая есть в каждом человеке и именно эта матрица памяти нормы и хранит для каждого человека всю его жизнь записанную для него норму, а если вдруг случаются отклонения от такой записанной на молекулярном уровне нормы, то организм сам в состоянии вырабатывать свои собственные лекарства для того, что бы вернуться в записанное на молекулярном уровне первоначальное состоянии нормы. Будет ли этот министр здравоохранения поддерживать такие исследования, станет ли он их пропагандировать ради оздоровления населения собственной страны? Нужен ли такой министр здравоохранения со своим собственным фармацевтическим заводом своей стране? На этот вопрос ответ дадут лишь наши потомки, если, конечно, они будут помнить об этом, и у них при этом не атрофируется способность анализировать и отличать правду от вымысла, что дано далеко не каждому.

ВЫВОД: медицинским образованием и воспитанием должны заниматься только специально подготовленные и обученные только для этих целей люди. У этих людей не может в жизни быть никаких других собственных интересов, кроме обучения искусству врачевания. Более того, этих специальных и подготовленных людей должны обеспечивать всем необходимым другие, еще более дальновидные и мудрые люди, у которых в руках находится заслуженная власть.

Далее, Константин Иванович, я хочу вскользь коснуться здесь отношения советских психотерапевтов и психиатров к учению Фрэйда. Великий Павлов, как вы утверждаете имел однажды разговор с фрэйдистом, в котором он сравнил подход советской и западной науки в лице Фрэйда с подземным тоннелем. Я был удивлен, но Павлов в своей аналогии использовал подземный тоннель у подножия горы и двух бригад копающих внутри, которые гарантировано пророют этот тоннель навстречу

друг другу и рано или поздно встретятся. А вот последователи Фрэйда, как утверждал Павлов стали копать лишь в одном направлении, а именно, вглубь планеты Земля... Эта глубочайшая Павловская аналогия еще раз свидетельствует нам о той глубине мысли, которая заложена в учение Фрэйда, и о том кратковременном поверхностном эффекте, который использовала советская психотерапевтическая наука. Советской науки больше нет, а учение Фрэйда стало известно всему миру. Фрэйд копал свой научный тоннель вглубь Земли, и за счет своего упорства таки прорыл этот тоннель увидев свет на другом конце земного шара. Лишь глубина погружения в любой изучаемый предмет вооружает исследователя истинными знаниями, поверхностный же взгляд (либо тоннель) ошибочен, непрочен и недолговечен.

В свое время, в 2000 году, я окончил Донецкий медицинский университет и очень хотел стать лишь только хирургом, но то, что я увидел в хирургических отделениях навсегда отбило у меня желание быть хирургом. Помимо глубокого изучения хирургии меня всегда манила человеческая душа, и я параллельно хирургии, на глубинном уровне, старался изучать и психиатрию. Более того, сейчас, спустя 15 лет после окончания медицинского университета, я стал свидетелем того, как на моих глазах многие хирургические болезни сегодня элементарно излечиваются терапевтическим путем, то есть без ножа. Яркий тому пример взгляд со стороны на лечение язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. Раньше, советские хирурги всегда лечили язву желудка и 12 перстной кишки тем, что удаляли (вырезали) антральную часть здорового желудка в надежде снизить таким образом выделение соляной кислоты, которая, по их мнению, служила единственным этиологическим фактором язвообразования, но прошло всего лишь несколько десятков лет и подход к лечению язвы желудка в корне изменился. Сегодня, к лечению язвы желудка и 12 перстной кишки хирургов и близко не подпускают, поскольку весь мир уже перешел на терапевтическое лечение этой патологии, но знают ли современные терапевты, сколько тысяч диссертаций было защищено хирургами по хирургическому лечению этой патологии?

В своей юности, еще за 3 года до поступления в медицинский (1992 год), я был уверен в том, что все болезни возникают лишь только от неправильного питания. Именно поэтому, первые четыре года обучения в медицинском университете, мной было направлено на глубинное изучение болезней желудка и всего пищеварения. За эти 4 года я проработал больше тысячи научных работ по патолигии желудка, меня, в первую очередь, интересовали причины (этиология) возникновения язвенной болезни, а также механизм развития язвообразования (патогенез, ульцерогенез) и лишь позже, хирургические подходы к лечению язвы. Проработав абсолютно всю литературу, которой располагала библиотека медицинско-

го университета по вопросу причин возникновения язвы желудка, у меня сложилось непоколебимое убеждение в том, что все болезни происходят не от неправильного питания, как я думал раньше, а от неправильного мировоззрения, то есть, от неправильного, искаженного восприятия окружающей действительности.

Далее, в своих исследовательских научных поисках я пошел по ложному пути, и сделал ставку на глубинное изучение уже отмирающих тогда методик хирургического лечения язвенной болезни. Таким образом я переключил всё свое внимание и вложил весь свой потенциал в пустое и отмирающее медицинское направление. «Профилактика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекция желудка по Бильрот 2, в модификации Гофмейстера-Финстерера с межкишечным анастомозом по Брауну», именно этой теме в структуре хирургического лечения язвенной болезни я посвятил свою плодотворную и богатую впечатлениями научную студенческую жизнь. Уже на 6 курсе мне стало понятным, что у этой темы нет абсолютно никакого будущего, а также то, что я, по моральным соображениям, в сложившейся системе просто не смогу быть хирургом (смотри на YouTube документальный фильм «Жизнь Мага»[3]).

Несмотря на то, что я долгое время (5 лет), занимался в наше время никому не нужным и бесперспективным медицинским направлением, я тем не менее получил колоссальный опыт качественной организации и работы научно- методического процесса. Естественно, что по результатам своих исследований в области хирургии я написал множество научных медицинских статей и пособий (около 200), но главное, я лишь спустя годы понял, что **изучая ненужное, я понял нужное…**

И лишь сравнительно недавно, тогда, когда я оставил и вышел из системы медицинского образования (а я 2 года подряд, после прохождения интернатуры по психиатрии и работы психиатром параллельно преподавал студентам медицинского университета оперативную хирургию), я смог уже на совершенно ином уровне продолжить свои глубинные поиски секретов возможностей человеческой психики.

Вспоминая здесь свою интенсивную студенческую научную жизнь, хочу подчеркнуть одну существенную деталь, касающуюся условий, в которых я проводил свои научные хирургические эксперименты. Эти характерные условия ярко и наглядно иллюстрируют то печальное состояние, в котором в конце 90 годов пребывала великая советская наука. Речь идет о том, что моя научная деятельность в хирургическом кружке, который я создал с нуля, требовала не только наличия дорогостоящего хирургического инструментария и всего того, что требовалось для проведения полноценной экспериментальной хирургической операции на животном, но главное, это моральная поддержка и личная заинтересованность руководства кафедры в такой научной работе. Именно такой поддержки у меня никогда и не было, поскольку разрешение на каждую новую операцию на животном мне приходилось буквально выгрызать от заведующей кафедры оперативной хирургии на которой я работал, а уже на следующий день после каждой операции я закономерно выслушивал поток ругани и матов в свой адрес за то, что так долго (до 2-3 часов ночи) позволял себе задержаться на кафедре и использовать электроэнергию. Меня обвиняли во всем, а иногда даже обвинили в воровстве на кафедре, но я терпел, всегда мужественно терпел всю эту регулярно выливаемую мне на голову грязь. Тогда, будучи юным и неопытным студентом я не понимал, что у моей заведующей имеющей звание профессора и заслуженного деятеля науки и техники, куча своих собственных семейных и бытовых проблем, в которые она всегда была по уши втянута, ей нужно было успеть написать докторскую для своего сына балбеса, устроить на хорошее место внука и племянника, помочь соседскому сыну поступить в институт, помочь невестке с кандидатской, и так далее до бесконечности.

Поскольку свой хирургический кружок я организовал уже сразу, обучаясь на первом курсе, то для того, что бы получить определенные консультации и технические рекомендации и советы от тех старых кружковцев, которые работали на моей кафедре оперативной хирургии с топанатомией за 5-10 лет до меня я с радостью встречался с ними и просил их о помощи. Когда эти уже молодые врачи рассказывали мне, что еще каких то 5-10 лет до моего появления на кафедре всем тем, кто занимался наукой, руководство кафедры всячески помогало и способствовало, более того, такие студенты работающие на кафедре и оперирующие до поздней ночи могли спокойно зайти ночью в кабинет к заведующему кафедры и воспользоваться его холодильником, в котором всегда было сало, поскольку этот завкафедрой (Лавриненко) любил, поощрял и заботился о кружковцах и знал, что увлеченный наукой студент всегда голоден, то мне было сложно в это поверить. Увы, но я такого уважительного отношения со стороны руководства не застал, мне не верилось, что такое отношение к увлеченному наукой студенту вообще возможно, но многочисленные свидетельства старых кружковцев, ставших к тому времени известными врачами говорили, что раньше было именно так. Этот маленький штрих к тому, в каких условиях мне приходилось заниматься наукой ярко свидетельствует о том печальном состоянии, в котором после развала СССР оказалась никому не нужная наука.

Должен честно и не кривя душой сказать Вам, глубокоуважаемый Константин Иванович, что во время моего обучения в Донецком медицинском университете мне не встретился никто из тех психотерапевтов,

[3] Ссылка на документальный фильм «Жизнь Мага» http://mag-ingwar.com/video/51-premera_filma_zhizn_maha/

кто смог бы показать мне Вашу поистине бесценную книгу. Если бы я соприкоснулся с Вашими работами в ВУЗе, то думаю я бы не полез так глубоко в экспериментальную хирургию, задача которой заключается в том, что бы поскорее отрезать все то, что поражено, а львиную долю своего золотого студенческого времени я посвятил бы не хирургическому воздействию на физическое тело, а словесному и бессловесному воздействию на психику человека. Но судьба распорядилась иначе, и сегодня, я, с гордостью для себя, имею две медицинские профессии – хирурга и психиатра.

Вполне возможно, что именно такое глубокое изучение человеческого естества представленного телом и его психикой позволило мне после изучения теории Павлова прийти к выводу о том, что у человека помимо первой и второй сигнальной систем организма существует и третья сигнальная система. Эта так называемая мной третья сигнальная система организма нигде, никем и никогда раннее в науке не описанная, однозначно существует у строго определенной категории людей, которые с помощью сознательных издевательств над самим собой смогли развить в себе качества присущие сверхчеловеку. Речь идет о работе сверхсознания, которое находится над сознанием и активизируется исключительно путем специального развития сознания. А что такое сознательные издевательства над самим собой (Статья «Праздничное поздравление «особых женщин» от Ингвара»[4])? Это впервые запатентованное мной понятие (Методики и практики правильного (сознательного) «издевательства над собой»[5]) означает глубинное и всестороннее изучение любого предмета, явления и процесса, в результате которого человек полностью концентрируется только на этом изучении, долгое время, при этом, ничего другого для него больше не существует. Естественно, что такой подход к обучению очень опасен, поскольку он забирает все внимание человека. Человек при этом не может позволить себе мечтать, фантазировать, поскольку он должен всегда быть сконцентрированным на поставленной задаче, и всегда помнить в первую очередь, именно, и только о ней. Еда, одежда, удовольствия и развлечения, секс и семья у такого человека невозможны и исключены.

Именно такие увлеченные глубинным развитием своего сознания люди способны развить и активировать в себе заложенную в каждого человека природой работу третьей сигнальной системы. Более подробно об этом моем открытии можно будет прочитать в фундаментальной книге «Тайна гипноза раскрыта. Практикум по гипнозу для спецслужб», которую я должен был издать 5 мая 2015 года, но тот внутренний голос, который я, как и мой любимый Сократ, слышу с самого детства, говорит мне,

[4] Ссылка на статью http://mag-ingwar.com/news/75prazdnichnoe_pozdravlenie_osobyh_zhenszin_ot_ingvara/

[5] Свидетельство №188294 на знак для товаров и услуг, выдано 10.07.2014 «Государственной службой интеллектуальной собственности Украины».

что я не имею права издавать свою книгу по тайнам гипноза без книги Платонова К. И. «Слово как физиологический и лечебный фактор». Более того, после издания книги Платонова, я обязан вначале издать еще две своих книги (Том 6. «Глубины непознанного суффизма. Сакральная анатомия человеческого естества», Том 7. «В поисках утраченных знаний») и лишь после их выхода мне позволено приступить к изданию своей книги.

Именно поэтому, дорогой Константин Иванович, в первую очередь я издаю Вашу бесценную книгу по гипнозу, которая должна вернуть интересующегося вопросами научного гипноза человека к истокам и фундаменту этой великой и обросшей сегодня всякой пустопорожней чепухой древней науки.

Очередным, четвертым изданием Вашей книги, я хотел бы направить любознательного исследователя в правильном направлении и, таким образом, защитить его от псевдонаучного бреда воспаленных умов многих великих шизофреников, считающих себя великими магами, экстрасенсами, брахманами, гипнотизерами и еще чёрт его знает кем...

И последнее, на что мне хотелось бы еще раз обратить Ваше внимание, касается учения ненавистного Вашей эпохе Фрэйда. Дело в том, что этот человек в медицине совершил настоящую психологическую революцию, и с открытым им психоанализом навечно вошел в историю. Почему я снова и снова говорю о нем? Потому, что вся жизнь этого гиганта человеческой мысли не только весьма показательна, но, главное, она поучительна для тех молодых исследователей внутренних глубин человека, которые всем своим естеством стремятся приблизиться к истине. Чем же так показательна жизнь Фрэйда? Методами его работы, а именно, самонаблюдение, самопознание, самоанализ на фоне патологической честности по отношению к самому себе, но главное, постоянная поисковая активность, проявляющаяся в исследовании им, врачом и ученым, всех возможных религий. На протяжении многих лет изучая труды Фрэйда, мне лишь недавно удалось обнаружить то, что вся методологическая система открытого им психоанализа целиком и полностью вытекает из религиозно-мистического учения суфизма. Ну и что с этого, скажите Вы? А то, дорогой Константин Иванович, что всесторонне изучать психику человека невозможно в отрыве от основных мировых религий. Советская психотерапия всегда на один шаг отставала от западной только лишь по тому, что не видела смысла в глубоком изучении религий. И последнее, что наверняка шокирует Вас, учение о высшей нервной деятельности советского физиолога Павлова и психоанализ Фрэйда вовсе не противоречат друг другу, но при внимательном и беспристрастном изучении их, можно увидеть, что они заметно обогащают и дополняют друг друга. Павлов смотрел на психику человека под одним углом зрения (с позиций

теории физиологии), а Фрэйд, видел эту же самую человеческую психику совершенно под другим углом (с позиции частной медицинской клинической практики). Для Павлова, важно было в первую очередь ответить на вопрос, что такое психика и как она работает, а для Фрэйда, важным было понять, почему психика работает именно так, и с чем это связано, только и всего, если учитывать подход теоретика и клинициста.

Да будет каждому по вере и делам его.

Египет, Луксор. 22 мая 2015 год С любовью, Игорь Бомбушкар

К. И. ПЛАТОНОВ
СЛОВО КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР (ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ПСИХОТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ УЧЕНИЯ И. П. ПАВЛОВА)

ПРЕДИСЛОВИЕ К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ

Второе издание монографии, опубликованное в 1957 г., разошлось в короткий срок, между тем потребность в ней оказалась большой. Это привело к необходимости ее переиздания.

За истекшие три года литература по психотерапии пополнилась, а методы речевой психотерапии и психопрофилактики все шире внедряются в практику. В связи с этим при подготовке третьего издания оказалось необходимым некоторые разделы монографии пересмотреть, частично переработать и дополнить новыми наблюдениями. Все это должно помочь более глубокому уяснению особенностей клинической казуистики, а также патофизиологических механизмов, лежащих в основе того или иного заболевания, поддающегося речевой психотерапии.

По-прежнему мы полагаем, что содержание монографии должно представлять интерес для медицинских работников всех специальностей и широких врачебных кругов, а также для физиологов, педагогов, психологов, деятелей искусства и спорта, лиц, имеющих отношение к вопросам подготовки кадров, повышения производительности труда и формирования характера советского человека.

Этот наш труд, второе издание которого уже вышло в переводе на английский и испанский языки, вносит посильный вклад и в борьбу, ведущуюся на идеологическом фронте с зарубежными идеалистическими теориями. В частности, он способствует разоблачению господствующих на Западе и в США псевдонаучных фрейдистских теорий.

Наш труд строится на основе диалектического материализма, рассматривающего человеческую личность и психику человека как продукт социальной среды, формирующийся в процессе исторического развития общества. Непосредственная цель советской психотерапии, задачам которой посвящена наша монография, состоит в оказании больному эффективной психотерапевтической помощи, помогающей ему вернуться к труду и стать активным и полезным членом советского общества.

Мы глубоко признательны всем лицам, приславшим нам свои критические замечания по дискутируемым в монографии вопросам или же высказавшим эти замечания в печати. Мы будем рады получать их и в дальнейшем. Особую благодарность выражаем Н. П. Татаренко за сделанные ею полезные указания.

Вместе с тем огромное значение учения о высшей нервной деятельности

обязывает нас к максимально плодотворной работе над внедрением его во все разделы клинической медицины, в частности в клинику неврозов, этих главных объектов психотерапии.

Мы считаем, что учение о слове как физиологическом и лечебном факторе может иметь определенный интерес и значение не только для врачей, но и для педагогов и других специалистов, близко соприкасающихся с вопросами воспитания человека.

В заключении считаем своим приятным долгом выразить сердечную признательность всем нашим ближайшим сотрудникам, участникам общей многолетней работы, проводимой с 1923 г., И. 3. Вельвовскому, П. Я. Гальперину, Д. С. Губергрицу, 3. Н. Закаменной, П. П. Истомину, Л. А. Квинту, П. Л. Крючковичу, А. Н. Мацкевич, М. О. Пайкину, Ф. Б. Цейкинской, А. М. Цынкииу, Р. Я. Шлифер. В последующем эту работу проводили И. М. Аптер, А. Е. Бреслав, Н. М. Зеленский, Е. С. Катков, К. Д. Катков, А. Г. Константинова, 3. А. Копиль-Левина, И. Н. Мураховская, К. К. Платонов, А. П. Прусенко, М. Д. Трутень, Н. Л. Утевский, М. М. Хаймович, И. В. Халфон, М. И. Холоденко. Наконец, в послевоенные годы весьма деятельное участие в этой работе принимали М. М. Амстиславская, Е. А. Воронина, М. И. Кашпур, К. И. Лаврова, А. А. Соседкина.

Нельзя не отметить, что врачи других специальностей последовали нашему призыву о внедрении методов психотерапии в их врачебную практику. Среди них мы можем указать акушеров М. В. Вигдоровича (Ленинград), М. Я. Милославского, А. С. Моцак, В. А. Плотичер, К. П. Проняеву (Харьков), М. М. Сыркина (Киев), И. Т. Цветкова, М. В. Шестопал, Э. А. Шугом (Харьков), хирургов С. М. Берга (Симферополь), Г. М. Гуревича, И. С. Мастбаума (Харьков) и Ф. Ф. Сивенко (Белгород), терапевтов А. Г. Ганиева (Баку), С. П. Иоффе (Львов), В. М. Шапиро (Серпухов), дерматологов Н. Г. Безюка (Киев) и И. А. Жукова (Сочи – Хоста), психиатра И. С. Мезина (Станислав), психоневрологов В. М. Кислова (Донбасс, Пятигорск) и А. К. Трошина (Свердловск) и психолога М. С. Лебединского. В контакте с нами в течение многих лет проводил свою работу психиатр А. Ф. Гоциридзе (Тбилиси) с его многочисленными учениками (Н. Г. Вешапели, И. И. Николава, Я. А. Тер-Овакимов и др.).

Близкое участие в работе по оформлению второго издания монографии принимали Е. С. Катков и В. А. Подерни, советами которых в затруднительных случаях мы пользовались. Отдельные теоретические вопросы, освещение которых в новом издании монографии было необходимым, нами были разработаны в сотрудничестве с ними. За все это приносим им особую благодарность.

Мы выражаем также нашу признательность А. И. Вольфовскому, взявшему на себя труд по просмотру рукописи и сделавшему ряд ценных замечаний.

Июнь 1961 г. Автор.

ВВЕДЕНИЕ

Психотерапия является старейшим методом лечения больного человека, ей издавна придавалось большое значение. На важную роль психического фактора в развитии болезненных состояний и их лечении указывали выдающиеся отечественные медицинские деятели М. Я. Мудров, В. М. Манассеин, С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, А. А. Остроумов, С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев и др. Однако если возможность благотворного воздействия слова врача на больного и на происходящие в его организме болезненные процессы в настоящее время, по-видимому, уже ни у кого не вызывает сомнения, то самый механизм словесного воздействия остается еще недостаточно ясным.

Наряду с этим не вполне очерчены границы применения психотерапии. Отсюда возникают противоречивые и нередко неправильные представления о сущности и значении различных методов психотерапии (вкушение в состоянии бодрствования и в гипнозе, рациональная психотерапия по Дюбуа и др.) при лечении тех или иных функциональных расстройств высшей нервной деятельности.

Из всех лечебных методов наиболее трудно объективно изучать процессы, лежащие в основе психотерапии, так как влияние ее на состояние больного далеко не всегда может быть как-либо объективно зарегистрировано. Поэтому психотерапия до последнего времени оставалась недоступной для объективной оценки.

Вместе с тем до самого последнего времени не было единого понимания сущности самих функциональных нарушений высшей нервной деятельности, как не было точно установленной их номенклатуры и классификации. Этим обусловливалась трудность положения психотерапевта при анализе заболевания и при выборе рационального в каждом отдельном случае способа психотерапии.

Однако главная причина, препятствовавшая в прошлом научному обоснованию психотерапии, заключалась в господствовавшем тогда дуалистическом воззрении на природу человеческой личности. Это выражалось прежде всего в оторванном от физиологической основы субъективно-психологическом понимании закономерностей психических процессов как в их нормальных, так и в патологических проявлениях.

Только с развитием физиологического учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности психотерапия вышла на новый путь, сделавший возможным материалистическое понимание лежащих в ее основе механизмов и открывший

новые широкие практические возможности, ибо только при наличии физиологической базы стало возможным не только правильное понимание сущности психотерапии, но и ее правильное применение.

Что касается советской психотерапии, то она развивалась в совершенно иных условиях, чем психотерапия в дореволюционной России и зарубежных странах. Она строится на основах диалектического материализма, материалистического учения о высшей нервной деятельности, единства психики и соматики, детерминированности сознания условиями бытия.

Поэтому советские психотерапевты решительно отбросили проникшие к нам порочные идеалистические концепции зарубежной психотерапии [Фрейд (Fieud), Адлер (Adler) и др.], извращенно трактующие учение о неврозах и приемы психотерапевтической помощи. Как известно, именно этими концепциями в свое время в такой степени было запутано понимание природы неврозов и их лечение, что долгое время эти проблемы казались неразрешимыми.

В. М. Бехтерев (1911, 1915, 1927), считающийся основоположником отечественной психотерапии, критически относился к учению Фрейда. Будучи психоневрологом, он наметил некоторые важные исходные условия и возможности применения психотерапевтических методов, а также направления их дальнейшего развития.

Необходимо признать, что до возникновения павловского учения сложность структуры человеческой личности, разнообразие врожденных и приобретенных типовых особенностей нервной системы, как и сложность и изменчивость конкретных условий взаимоотношения организма человека с окружающей его социальной и физической средой, – все это составляло совершенно непреодолимые трудности в отношении понимания и изучения. Только в настоящее время на основе физиологических исследований павловской школы мы получили возможность вскрывать конкретную структуру невроза и конкретные механизмы его возникновения и развития, как и правильно применять психотерапию для его лечения.

Достижения павловской «настоящей физиологии головного мозга» заставили в корне изменить подход к изучению неврозов и применению психотерапии, после чего психотерапевтическая помощь в том виде, как она нами применяется в настоящее время, стала действенным методом лечения.

Следует отметить, что метод психотерапии эффективен не только в случаях психогенного функционального нарушения высшей нервной деятельности и при психогенных расстройствах функций различных органов и систем, но и при органических заболеваниях (в качестве вспомогательного средства). В настоящее время во многих лабораториях предпринимаются исследования, помогающие физиологическому обоснованию психотерапии, а вместе с ней и психопрофилактики (А. Г. Иванов-Смоленский, Н. И. Красногорский, С. Н. Давиденков, Ф. П. Майоров, Б. Н. Бирман, Л. Б. Гаккель, В. Н. Мясищев, Ю. А. Поворинский, В. Е. Рожнов и др.).

Из последующего изложения будет видно, что изучением слова как физиологического и лечебного фактора и научным анализом физиологических механизмов, лежащих в основе функциональных расстройств деятельности высших

отделов центральной нервной системы, под методы психотерапии подводится прочная научная физиологическая база.

При этом мы все более убеждаемся, что слово оказывается подчас чрезвычайно могущественным лечебным фактором, производящим прямое и непосредственное воздействие на характер и динамику корковых процессов. Это открывает прямой путь к устранению патологических процессов и мобилизации необходимых внутренних ресурсов организма больного.

Слово врача, примененное правильно, с учетом важнейших особенностей ближайшего и отдаленного анамнеза больного, получает большое терапевтическое значение, далеко не все врачи вполне сознают и оценивают это.

Наш труд имеет целью приблизить читателя к пониманию механизмов физиологического и лечебного воздействия слова. Нет сомнения, что пути этого воздействия на высшую нервную деятельность человека раскрыты далеко не полностью. Все это составляет задачу дальнейших исследований.

Подытоживая в данном труде наш 50-летний опыт применения психотерапии, мы сделали со своей стороны все возможное для того, чтобы передать этот опыт другим и этим создать стимул к более широкой и углубленной разработке вопросов теории и практики психотерапии, в частности методов внушения и гипноза. Мы задались целью воочию показать, что применение психотерапии наряду с другими научно обоснованными методами лечения больного человека в настоящее время является совершенно необходимым для советской медицинской науки.

Знакомство с методами психотерапии важно не только для психоневрологов, специально занимающихся лечением неврозов, но для врачей всех специальностей, ибо в свете учения о единстве психики и соматики всякое соматическое заболевание неразрывно связано с большим или меньшим нарушением функционального состояния высшей нервной деятельности больного.

Мы считаем необходимым подчеркнуть, что, как показывает практика, среди врачей, в том числе среди психоневрологов, еще сильны узколокалистические представления. Они нередко заставляют искать органическую природу заболевания там, где она в действительности является функциональной (психогенной, условнорефлекторной). При этом особенно должна быть отмечена все еще встречающаяся недооценка врачами роли психотравмирующих факторов в возникновении различных расстройств функций внутренних органов и систем. Недооценивается также роль слова врача, нередко являющегося источником ятрогенных заболеваний.

Хотелось бы отметить, что, к сожалению, весьма многие врачи, судя по их печатным работам, все еще склонны ставить знак равенства между столь различными понятиями, как «гипноз» и «психотерапия». Само собой разумеется, что смешение этих понятий является совершенно неправильным, ибо в сложной системе оказываемых на больного психотерапевтических воздействий, как и психотерапевтических мероприятий в целом, речевая психотерапия составляет один из двух главных ее приемов. Психотерапия может быть: речевой, выражающейся в прямом воздействии врачебного слова на психику больного в целях успокоения его, разъяснения ему характера его заболевания и тех врачебных мероприятий,

какие будут применены для его устранения, убеждения больного в излечимости его недуга и, наконец, в применении для этого соответствующих речевых терапевтических внушений и средовой, направленной на устранение неблагоприятных вредоносных факторов, ослабивших нервную систему больного, травмировавших его психику и в силу этого явившихся причиной заболевания. В ряде случаев уже одна перемена условий труда или быта или же одно лишь изменение отношения самого больного к этим условиям уже могут вести к устранению заболевания или же способствовать значительному улучшению состояния больного, а отсюда, содействовать эффективности речевой психотерапии.

Гипноз же является всего лишь одним из приемов, способствующих успеху речевой психотерапии. При этом, как будет видно из дальнейшего, в гипнозе играют роль два совершенно различных фактора, имеющих разную физиологическую природу.

Так как применяющийся в настоящее время термин «гипнотерапия» получил двоякое значение – терапия внушением в гипнозе и терапия удлиненным гипнотическим сном, мы условно обозначаем проведение терапии удлиненным гипнотическим сном как гипнотерапию, а проведение психотерапии в гипнозе – как гипносуггестивную психотерапию.

Вместе с тем мы должны отметить нежелательность применения некоторыми авторами термина «гипнотерапия» для обозначения лечения удлиненным фармакологическим сном.

В заключение нужно сказать, что если успех того или иного лечебного приема зависит от многих причин, то среди них немаловажное значение имеет доверие к нему, уверенность в эффективности его применения.

В связи с тем что именно речевая психотерапия особенно нуждается в доверии к ее эффективности, мы сознательно описываем ее с положительной стороны, имея в виду стимуляцию врачебной мысли в этом направлении. Мы убеждены в том, что у врачей всех специальностей следует воспитывать и поддерживать здоровый оптимизм в отношении необходимости повседневного оказывания психотерапевтической помощи больному и, конечно, полную уверенность в ее эффективности и успешности.

Именно поэтому с чисто дидактической целью во всех приводимых нами наблюдениях речевая психотерапия была применена в ее чистом виде, без каких-либо других одновременно проводимых лечебных мероприятий. Нам важно было показать действенность речевой психотерапии, как и стойкость получаемого таким путем терапевтического эффекта, ибо в противном случае осталась бы возможность скептического отношения к ее результатам. А такой скептицизм во врачебной массе все еще встречается. В действительности же все психотерапевтические воздействия мы всегда проводим в комплексе с другими лечебными мероприятиями, считая это наиболее правильным.

В целом, наш труд является попыткой активизировать врачебную мысль в направлении широкого повседневного применения всех форм терапевтического воздействия врачебного слова. Мы сознаем, что этот путь труден. Но работа в этом направлении, конечно, очень благодарна и в высокой степени гуманна. Помогая

лечению и исцелению больного, она может быть высокоплодотворной, причем в значительно больших, пределах, чем это может казаться вначале.

СЛОВО КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР УЧЕНИЕ И. П. ПАВЛОВА О СНЕ, ГИПНОЗЕ И СЛОВЕСНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ

ГЛАВА I.

СЛОВО КАК УСЛОВНЫЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ

Слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие.

И. П. Павлов

Учение о высшей нервной деятельности освещает закономерности процессов, протекающих в больших полушариях головного мозга и обеспечивающих сложные и тонкие отношения как с внешней физической и социальной средой, так и с внутренней средой самого организма. Мы полагаем, что основы учения И. П. Павлова читателю известны и отсылаем интересующихся к основным трудам ученого.

Еще при жизни И. П. Павлова учеником его К. М. Быковым исследованиями на высших животных была экспериментально доказана возможность условнорефлекторных связей коры мозга решительно со всеми внутренними органами и системами. На основании этих фактов стало ясно, что раздражения, идущие из внутренних органов, создают в соответствующих пунктах коры мозга очаги возбуждения, которые при известных условиях вступают во временную связь с любыми другими очагами возбуждения, создаваемыми раздражителями внешней или внутренней среды.

Таким образом, все внутренние органы и ткани подчинены деятельности коры мозга. Благодаря импульсам коры мозга, как говорит К. М. Быков (1947б), «орган, находящийся в покое, может быть пущен в ход, или его текущая деятельность может быть изменена – усилена или заторможена до полного прекращения».

В лабораториях Быкова (1947а) также доказана возможность образования временной связи и через гуморальные пути с денервироваными органами (почки, селезенка, поджелудочная железа). Это означает, что в условную реакцию вовлекаются инкреторные железы, гормоны которых в свою очередь оказывают действие через кровь на целую систему органов.

Таким образом, вся внутренняя среда в известной мере подчиняется влияниям коры мозга, импульсы со стороны которой могут воздействовать на состояние любого внутреннего органа и любой системы. В силу этого и благодаря временным связям кора больших полушарий осуществляет тесное взаимоотношение между внешней и внутренней средой организма.

Многочисленными работами советских исследователей доказано, что условный рефлекс может иметь сложный состав, включающий самые разнообразные проявления соматических и вегетативных функций, которые меняются в зависимости от силы раздражения и его биологического значения. Благодаря деятельности коры головного мозга происходит объединение всех функций в реакцию целостного организма, обеспечивающую уравновешивание его с окружающей средой.

Открыв закономерности высшей нервной деятельности у высших животных, И. П. Павлов показал, что таким же закономерностям подчинена и высшая нервная деятельность человека. Однако последняя имеет особое социально обусловленное дополнение, отличающееся качественным своеобразием. Это дополнение связано с трудовой и общественной деятельностью человека и касается речевой функции. Последняя вносит новый принцип в деятельность больших полушарий, составляя вторую сигнальную систему действительности, присущую только человеку. Повседневно сочетаясь с разнообразными раздражителями первой сигнальной системы, слово вследствие этого является для человека реальным и многообъемлющим условным раздражителем, составляющим основу сложной системы «межлюдской сигнализации», «сигналистики речи». Кроме того, словесные раздражения представляют собой отвлечение от действительности и допускают обобщение, составляя специальное человеческое высшее мышление. Характерное для второй сигнальной системы отвлечение от действительности достигается вследствие того, что образ предметов и действий, выраженный в словах и понятиях, заменяет их конкретное воздействие на организм. Большое значение также имеет и то, что в силу сочетания одного словесного раздражителя с другим словесным раздражителем образуются еще более сложные временные связи. Последние с возрастанием жизненного опыта человека все более упрочиваются.

Возникновение и развитие речевой функции привело к развитию языка, являющегося одним из необходимых условий существования общества. Будучи связан со сложной деятельностью высших отделов мозга, язык регистрирует и закрепляет в словах, в соединении слов, в предложениях результаты работы мышления, успехи познавательной работы человека и, таким образом, делает возможным обмен мыслями в человеческом обществе.

Это сложное смысловое и обобщающее значение слова и составляет его качественное отличие не только как специфического условного раздражителя второй сигнальной системы, но и как основной структурной единицы языка. Этим и обусловлена та сила, с какой слово как реальный условный раздражитель воздействует на процессы высшей нервной деятельности человека.

Следует подчеркнуть, что условные реакции второй сигнальной системы образуются у человека именно на материальной основе первой сигнальной систе-

мы. При этом вторая сигнальная система в свою очередь сама воздействует на первую сигнальную систему и на подкорку, «во-первых, своим торможением, которое у нее так развито и которое отсутствует или почти отсутствует в подкорке (и которое меньше развито, надо думать, в первой сигнальной системе); во-вторых, она действует и своей положительной деятельностью – законом индукции»[1].

Однако, поскольку речь идет о деятельности все той же нервной ткани, вторая сигнальная система подчиняется тем же физиологическим законам, что и первая сигнальная.

Эти положения И. П. Павлова являются отправными для выяснения механизма воздействия словом на вторую сигнальную систему, а через нее – на первую и на подкорку. Другое, не менее важное положение заключается в том, что высшая нервная деятельность человека социально детерминирована. Поэтому в совместной работе второй и первой сигнальных систем отражена также и социальная среда.

При этом, как говорит А. Г. Иванов-Смоленский (1951) деятельность первой сигнальной системы так же социально детерминирована, как и деятельность второй. Обе они в своей совместной работе регулируют не только внешнюю, но и всю внутреннюю, вегетативную деятельность человеческого организма, обеспечивая его динамическую целостность. В силу этого исторически сформировавшаяся речевая система может вызывать в организме человека самые разнообразные реакции, которые можно объективно регистрировать.

Тем не менее, даже и сейчас мы еще далеко не в достаточной степени оцениваем действительное влияние словесных раздражений на глубокие и скрытые физиологические процессы. Однако экспериментальные данные лабораторных и клинических исследований последних лет уже дают возможность правильно оценить значение слова как важного физиологического фактора.

Эти исследования показывают, что слово действительно оказывается далеко не безразличным для организма человека, при известных условиях вызывая в нем в зависимости от своего смыслового значения различные изменения.

Так, с давних пор известно, что у некоторых лиц чисто словесным воздействием как в состоянии бодрствования, так в особенности в гипнотическом сне можно вызывать такие реакции, реальность которых обычно подвергалась сомнениям. Если же эти реакции были очевидными, то с научной точки зрения они до последнего времени были совершенно непонятны, что делало их источником различных идеалистических толкований. К числу таких явлений прежде всего можно отнести само вызывание словесным внушением гипнотического сна, как и переживания исследуемым в гипнозе различных внушенных эмоций, возникновения у него различных внушенных нарушений чувствительности, выполнения им необычных действий (например, поедание под видом яблока куска мела и пр.).

Напомним отмеченные Н. Е. Введенским в его лекциях 1911-1913 гг. наблюдения, говорящие о том, что внушением, сделанным во время гипнотического сна, может быть ускорена перистальтика кишок, вызвано местное расширение кровеносных сосудов или же наступление менструаций раньше положенного срока. Известно, что произвольно сделать это никогда не удается.

[1] И. П. Павлов. Павловские среды. Изд. Академии наук СССР, т. III, стр. 10.

Однако получить вполне ясное представление о физиологических механизмах воздействия, оказываемого путем словесного внушения на происходящие в организме процессы, стало возможным лишь на основе учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, сумевшего объяснить, каким образом слово одного человека может оказывать влияние на процессы высшей нервной деятельности другого человека, что такое внушение, самовнушение и внушаемость, какова их роль в жизни человека, так же как в патогенезе некоторых заболеваний и в их лечении.

Нужно сказать, что всякое слово как раздражитель является безразличным для человека до тех пор, пока в коре его мозга не возникла условнорефлекторная связь между этим словом и тем или иным безусловным раздражителем, или условным раздражителем первой сигнальной системы.

Так, для ребенка созвучие «больно» приобретает определенный смысл лишь тогда, когда оно будет хотя бы один раз сочетаться с действительной болью. Только после этого может быть вызвана соответствующая условная реакция на словесный раздражитель «больно», причем она по своему составу будет воспроизводить собой именно эту безусловную, т. е. болевую, реакцию.

Иллюстрацией того, что словесный раздражитель может вызывать реакцию, замещающую собой реакцию безусловную, является следующее наше наблюдение, относящееся еще к 1926 г. (рис. 1).

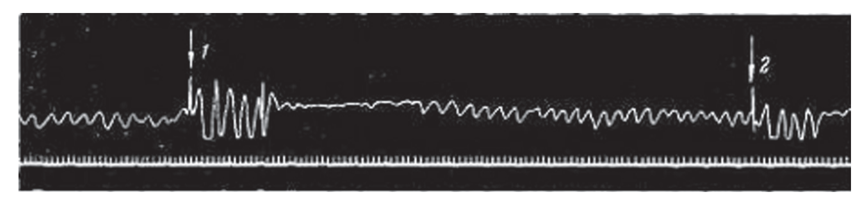


Рис. 1. Изменение дыхания при уколе булавкой (1) и при одном произнесении слова «больно» или «булавка» (2).

Исследуемой, находящейся в гипнотическом состоянии, производится укол булавкой. В ответ на ощущение боли возникает дыхательная реакция.

Через некоторое время после этого реакция того же типа (в данном случае несколько слабее) возникает в ответ на одно лишь слово «больно» или «булавка».

Более сильная реакция дыхания образуется на слова «укол булавкой», «очень больно» (рис. 2). В этом случае мнимый укол предшествовал реальному. Так как болезненность укола была подчеркнута интонацией голоса, то и реакция проявилась сильнее.

Затем, предварительно сказав, что укол безболезнен, мы в ответ на реальный укол булавкой наблюдали едва заметную дыхательную реакцию. В дальнейшем, после более энергичного предупреждения, что укол очень болезнен, наступает весьма сильная дыхательная реакция на тот же реальный укол. Это говорит о важ-

ном значении не только смыслового содержания слова, но и о той интонации, с какой оно произносится.

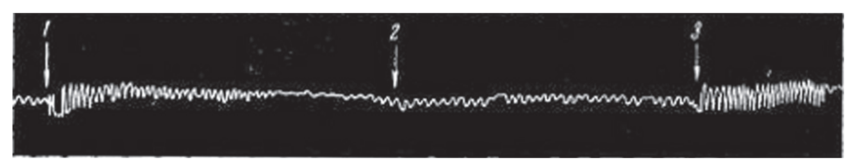


Рис. 2. Изменение дыхания при одном лишь произнесении слов: «Укол булавкой, очень больно!» (1), «При уколе боли нет!» и последующем уколе булавкой (2) и, наконец, при энергичном произнесении слов «Укол очень болезнен!», сопровождающимся уколом булавкой (3).



Рис. 3. Изменение пульса при действии словесных раздражителей.
1 – учащение пульса после укола булавкой; 2 и 4 – замедление пульса на слова: «Боли нет!»; 3 – учащение пульса на слова: «Укол булавкой, больно!». Цифры означают число ударов пульса в минуту.

Наблюдение на другой исследуемой (Ш.), также проведенное в гипнотическом сне, иллюстрирует то же самое, но только со стороны пульса. Как при реальном болевом раздражении, так и при одном слове «укол булавкой» пульс участился на одно и то же количество ударов, и в обоих случаях возникла одна и та же двигательная (защитная) реакция в форме отдергивания руки. В дальнейшем на слова «боли нет» наблюдалось замедление пульса (рис. 3).

Еще более демонстративными в этом отношении являются плетизмографические исследования А. Т. Пшоника (1952), показавшие, что реакция на условный раздражитель первой сигнальной системы – звонок (рис. 4а) и свет (рис. 5а) – в дальнейшем может быть получена и на словесное предупреждение: «Даю звонок» (рис. 4б) или «Даю свет» (рис. 5б), т. е. путем одного лишь словесного раздражителя, адресуемого второй сигнальной системе.

В исследованиях Р. А. Фельбербаум, Е. Л. Левитус и К. М. Соколовой (1953) сосудосуживающие реакции на слово «укол» у детей в ряде случаев были так же выражены, как и реакции на самый укол, причем у некоторых детей словесный раздражитель иногда вызывал более сильную сосудистую реакцию, чем реальный укол (рис. 6).

В приведенных выше примерах такие воздействия, как свет, звук звонка, соответственно подкрепляемые, являются раздражителями первой сигнальной системы, а слово «булавка», «больно» – раздражителями второй сигнальной системы. Возникновение сосудистой реакции на слова «булавка», «даю звонок», «больно»

показывает, что слово действительно является реальным раздражителем, вызывающим такую же реакцию, какую вызывает конкретный раздражитель первой сигнальной системы. При этом смысловое значение словесного раздражителя заменяет собой действие условного раздражителя первой сигнальной системы, находящегося во временной связи с соответствующим безусловным раздражителем.

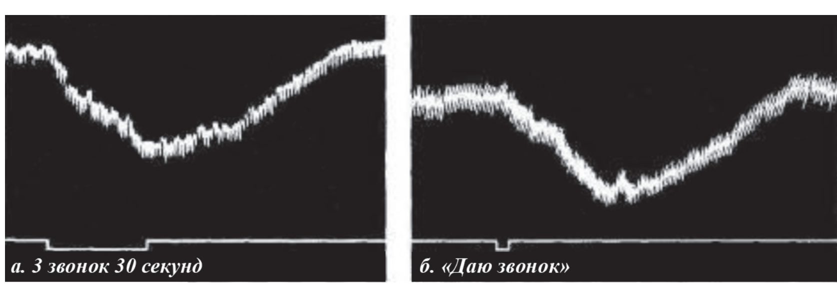


Рис. 4. Условная сосудистая реакция. а— условнорефлекторное сужение сосудов, выработанное на звонок; б – сужение сосудов, возникшее при одном только словесном сигнале: «Даю звонок!» (наблюдение А. Т. Пшоника, 1952) (плетизмограмма).

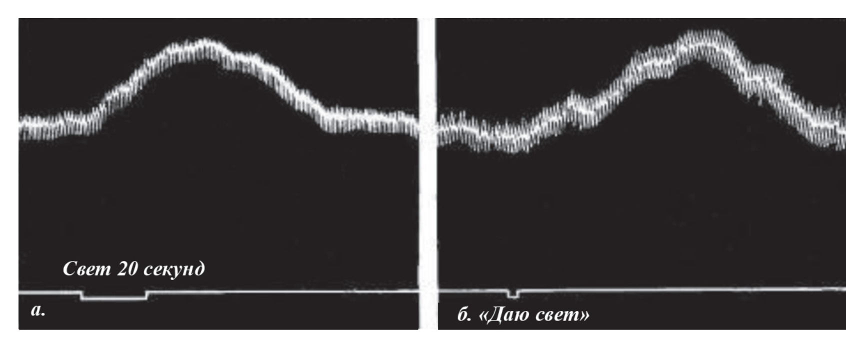


Рис. 5. Условная сосудистая реакция. *а* – условнорефлекторное расширение сосудов, выработанное на свет; *б* – расширение сосудов, возникшее при одном только словесном сигнале: «Даю свет!» (наблюдение А. Т. Пшоника, 1952) (плетизмограмма).

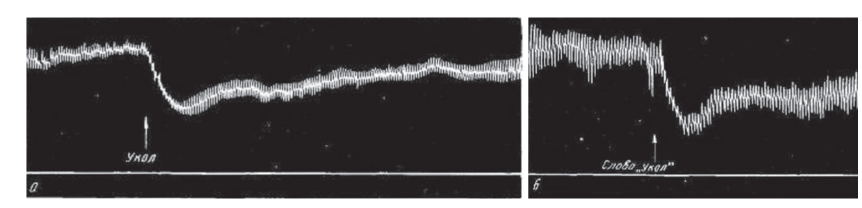


Рис. 6. Реакция сосудов. *а* – сужение сосудов на укол булавкой; б – сужение сосудов на одно лишь произнесенное слово «Укол» (наблюдение Р. А. Фельбербаум, Е. Л. Левитус и К. М. Соколовой, плетизмограмма).

Приведенные факты подтверждают, что слово действительно может «вызывать отвечающие его смысловому значению физиологические реакции, связанные с соответствующими воздействиями окружающей среды, сигнализируя и заменяя их («сигнал сигналов»). Исследования со словами-раздражителями могут служить прообразом того, что подразумевается под прямым, непосредственным словесным внушением, рассматриваемым И. П. Павловым как «наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека». Следовательно, в основе явления внушения лежит условнорефлекторный механизм, а процесс внушения получает объективное, физиологическое обоснование. То же нужно сказать и в отношении самовнушения, когда слово может вызывать определенные реакции и без произнесения или написания его, выступая в этом случае как «внутренняя речь», представляющая процесс «специального человеческого высшего мышления» с его отвлечениями и обобщениями.

Итак, среди факторов, которыми можно воздействовать на высшую нервную деятельность человека, исключительно мощным и играющим существенную роль в индивидуальной и общественной жизни человека является слово. Оказываясь, конечно, не просто механическим раздражителем, а именно важным смысловым элементом речи, богатой своим внутренним содержанием, составной частью языка, продуктом социальных отношений, а вместе с тем и их необходимым условием, слово служит и главным орудием речевой психотерапии.

Учение И. П. Павлова о двух сигнальных системах действительности, естественно, должно остановить внимание исследователей на слове как на одном из важнейших факторов высшей нервной деятельности человека. Поэтому понятен интерес к физиологическим механизмам, лежащим в основе воздействия, оказываемого на человека словом, так же как и к постановке связанных с этим вопросом специальных лабораторных исследований.

Работая над образованием двигательного условного рефлекса на составной раздражитель (свет + звук) у человека, мы еще в 1910 г. впервые показали возможность воздействия словесного раздражителя на уже образовавшийся условный рефлекс (доклад на заседании врачей клиники В. М. Бехтерева, 1911).

Первым систематическим исследованием в этом направлении явилась работа В. Васильевой (из клиники В. М. Бехтерева, 1913), впервые получившей по двигательной методике сочетательный (условный) рефлекс на двойной раздражитель, в состав которого входил звук электрического звонка и слово «звонок». При выработке этого рефлекса словесное раздражение и звонок применялись одновременно с раздражением электрическим током верхней конечности исследуемого, длившимся в течение одной секунды и вызывавшим защитную двигательную реакцию. Было отмечено, что условный рефлекс на сумму этих двух условных раздражителей – звонок и слово «звонок» – возник уже во время первого сеанса. В дальнейшем рефлекс начал появляться и на

отдельные его компоненты, как на один звонок, так и на изолированно произнесенное слово «звонок». Таким образом, впервые был получен условный (двигательный) рефлекс на слово. Нужно отметить, что возникавшая при этом двигательная реакция на один словесный раздражитель была достаточно стойкой

и проявлялась без подкрепления током в течение пяти сеансов подряд. Иначе говоря; образовался стойкий двигательный условный рефлекс на один словесный раздражитель.

Конечно, для двигательного анализатора исследуемого слово «звонок» вначале было индифферентным раздражителем, не вызывавшим защитной двигательной реакции, пока, наконец, созвучие слогов «звонок» не вошло в связь в коре мозга исследуемого с определенными пунктами двигательного и слухового анализаторов. Лишь с этого момента слово «звонок» приобрело для его нервной системы новое качественное значение раздражителя, сигнализирующего собой воздействие электрического тока.

С 1911 г. словесным раздражителем начали пользоваться для замены безусловных раздражителей сначала в лаборатории В. М. Бехтерева (К. И. Платонов, 1911; В. Васильева, 1913; Н. М. Щелованов, 1925; В. Н. Мясищев, 1926), затем в лаборатории В. П. Протопопова. Исследование условных рефлексов по речевой методике проводится в лабораториях А. Г. Иванова-Смоленского, Н. И. Красногорского, Ф. П. Майорова и др.

Л. А. Шварц (1948, 1949) экспериментально установила, что условным раздражителем второй сигнальной системы является именно смысловое значение слова-раздражителя, а не его звуковой образ, т. е. семантика (содержание), а не сонорика (звучание). При этом характер корковой реакции на семантику и сонорику слова может свидетельствовать о характере взаимоотношений между второй и первой сигнальной системой. Что же касается механизмов образования условнорефлекторных связей на слово, то первично возникающая условнорефлекторная связь на сонорику слова в дальнейшем гаснет, в то время как на семантику слова она упрочивается.

Так, в исследованиях Л. А. Шварц при сниженном тонусе коры мозга, получавшемся путем воздействия на нервную систему хлоралгидрата, условный рефлекс в первую очередь ослаблялся на смысловое значение слова, а затем уже на его звуковой образ. Наоборот, угасший условный рефлекс на сходное слово в этих условиях вновь растормаживался.

Сочетаясь в индивидуальной жизни человека с теми или иными раздражителями и образуя таким образом первичные, а затем вторичные и более сложного порядка цепные рефлексы (условно-условные рефлексы по терминологии А. Г. Иванова-Смоленского), слово приобретает характер весьма многостороннего комплексного раздражителя второй сигнальной системы, в отдельных случаях способного оказывать на кору мозга весьма мощное общее и специальное воздействие. Как это в свое время подчеркнул А. Г. Иванов-Смоленский, для всей вообще словесной сигнализации специфично обобщение слова слышимого, видимого и произносимого в единую корковую динамическую структуру, связанную с обозначаемым им предметом. Кроме того, еще раньше В. П. Протопоповым (1921) было показано, что словесный раздражитель может способствовать облегчению и ускорению образования нового условного рефлекса, если к новому условному раздражителю присоединить известное исследуемому название этого раздражителя. Тем самым слово, обозначающее название данного предмета и являющееся

упрочившимся натуральным условным раздражителем, может служить сильным подкреплением для нового условного рефлекса.

Исследованиями О. П. Капустник (1930), В. К. Фадеевой (1934), Л. И. Котляревского (1934), Л. Е. Хозак (1953) и др., проведенными в лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского у детей, установлено, что временные связи, образующиеся в первой сигнальной системе, получают свое вербальное, словесное отражение во второй сигнальной системе, и наоборот.

Обозначая раздражители и ответы на них соответственно буквами: Н – непосредственные (т. е. первосигнальные, несловесные) и С – словесные (второсигнальные), указанные выше авторы устанавливают такую последовательность возникновения временных связей: раньше всего образуются связи между непосредственными (т. е. несловесными) внешними или внутренними раздражениями и непосредственными же (т. е. несловесными) ответными реакциями (связи Н-Н). Затем к ним присоединяются связи, возникающие между словесными воздействиями и непосредственными реакциями (С-Н). Еще позднее образуются связи между непосредственными раздражениями и словесными ответными реакциями (связи Н-С). И, наконец, наиболее поздней и высшей формой связи являются связи целиком осуществляется в пределах первой сигнальной системы, в последнем она начинается и заканчивается во второй сигнальной системе; во втором, – начиная во второй сигнальной системе, она выходит на эффекторный путь первой сигнальной системы, а в третьем случае, наоборот, начиная в первой сигнальной системе, заканчивается во второй (А. Г. Иванов-Смоленский, 1949). Все это отражает неразрывную связь между первой и второй сигнальной системой и их взаимодействие.

Другой не менее важный путь экспериментально-физиологического исследования слова – последовательный лабораторно-клинический анализ тех реакций, какие слово может вызывать со стороны высшей нервной деятельности человека. Как известно, еще с давних времен общепризнанно, что при некоторых условиях одним словесным воздействием можно вызвать у человека сильнейшую эмоциональную реакцию, которая может оставить след во всей его последующей жизни и деятельности. Недаром говорят, что «словом можно убить человека и словом можно оживить его».

Точно так же издавна известно, например, что при определенных условиях прямым воздействием слова «спать» человека можно усыпить, т. е. вызвать в его организме ту огромную функциональную перестройку, какую влечет за собой переход его в физиологическое состояние сна.

Отсюда следует, что изучение физиологических изменений, вызываемых в организме человека путем прямого словесного воздействия, составляет для исследователя весьма важную задачу. Однако исследований такого рода в нашей стране и за рубежом было выполнено не столь много.

Изменения со стороны пульса и дыхания, возникающие при переходе человека из бодрственного состояния в состояние внушенного сна, впервые были объективно зарегистрированы Э. А. Гизе и А. Ф. Лазурским (1900). Реакции пульса и дыхания, возникающие у исследуемого при внушаемых ему в гипнотическом сне

эмоциональных переживаниях, были впервые записаны А. Ф. Лазурским (1901). Объективные признаки изменения кожной болевой чувствительности, вызываемого путем соответствующего словесного внушения, производимого во время гипнотического сна усыпленного, были получены В. М. Бехтеревым и В. М. Нарбутом (1902). Объективные данные реакций со стороны пульса и дыхания в этих же условиях были получены В. В. Срезневским (1920).

За рубежом в 80-х годах 19 столетия исследования в этом направлении произведены нансийским физиологом Бони (Bounis, 1889): был установлен факт влияния в бодрственном состоянии путем словесного воздействия на частоту пульса (ускорение и замедление его). Далее, в исторической последовательности надо указать на работы Фогта (Vogt), изучавшего (в 90-х годах) реакции со стороны сосудов и двигательной системы, возникавшие в ответ на словесное внушение, производимое в гипнотическом состоянии. Нужно отметить так же исследования Вебера (Weber, 1910), Мора (Mohr, 1910) и др., пользовавшихся гипнотическим состоянием для словесного внушения различных представлений и эмоциональных состояний, причем объективными показателями служили реакции со стороны дыхания, сосудов и двигательной системы. Но все эти исследования не носили системного характера и были недостаточны для того, чтобы изучаемые явления и факты можно было признать твердо установленными. Кроме того, и физиологические механизмы их развития также оставались невыясненными.

Все это побудило нас провести в этом направлении ряд систематически поставленных лабораторных исследований. При этом мы изучали главным образом вегетативные реакции как наиболее объективные.

Эти исследования мы проводили у лиц обоего пола, преимущественно легко внушаемых, с быстро развивающимся состоянием внушенного сна и с легкой реализацией разнообразных словесных внушений как в этом состоянии, так отчасти и в состоянии бодрствования (так называемые сомнамбулы[2]).

За исключением одного больного аффективной эпилепсией, ни один из наших исследуемых не был отягощен какой-либо патологической симптоматикой. Так, Ш., 42 лет, подвергалась большому количеству исследований и была известна нам в течение 20 лет. Она обладала вполне уравновешенной нервной системой и никогда не проявляла каких бы то ни было невротических реакций. Словом, ни одно из исследуемых нами лиц не принадлежало к той категории «глубоких истериков», в отношении которых ошибочно принято было думать, что только у них могут вызываться всякого рода гипнотические феномены.

При этом мы исходили из того, что чисто эмпирически возникшее в свое время представление о человеческом «гипнозе», или внушенном сне, в наши дни получило исчерпывающее экспериментальное подтверждение в учении И. П. Павлова, в котором учение о гипнозе тесно связывается с учением о сне.

Основываясь на этих положениях И. П. Павлова, мы предприняли попытку получить экспериментальные доказательства того, что слово как условный раздра-

[2] От лат. somnus – сон, ambulare – гулять. Сомнамбулизм – буквально «снохождение», в переносном смысле – легкая способность впадать в сомнамбулическую стадию гипноза, обеспечивающую проявление в гипнозе и после него самых разнообразных реакций на словесное внушение.

житель действительно может производить соответствующие его содержанию изменения в состоянии человеческого организма. В частности, приказом: «Спать!» кора мозга человека может быть приведена в состояние частичного торможения, отвечающего состоянию внушенного сна, при котором в организме человека действительно вызываются значительные эндокринно-вегетативные сдвиги, аналогичные тем, какие имеют место при переходе его в состояние естественного сна.

Однако, прежде чем мы перейдем к систематическому изложению этих данных, следует остановиться на специальном рассмотрении основных положений учения И. П. Павлова о сне и внушении.

Решение школой И. П. Павлова проблемы сна и гипноза, с одной стороны, и гипноза и внушения – с другой, явилось одним из наиболее ярких ее достижений.

ГЛАВА II

СОН, ГИПНОТИЧЕСКИЕ ФАЗЫ, ВНУШЕНИЕ

...Никакой противоположности между бодрствованием и сном, которую мы обыкновенно привыкли себе представлять, не существует... Очевидно, что все часто поражающие явления человеческого гипноза есть вообще понятный результат того или другого расчленения больших полушарий на сонные и бодрые отделы.

И. П. Павлов

Как известно, свою корковую теорию сна И. П. Павлов построил на материалах, полученных при наблюдении за развитием сонливости и сна у подопытных животных (собак) во время опытов с условными рефлексами. Основываясь на своих многочисленных экспериментальных данных, И. П. Павлов пришел к выводу, что в возникновении сна главную роль играет высший отдел центральной нервной системы, а именно кора больших полушарий, причем никакого особого «центра сна» не существует.

При этом если в бодрствующем состоянии при нормальном рабочем возбуждении клеток коры мозга создаются условия, ведущие к истощению раздражимого вещества клеток, то процесс возбуждения сменяется развивающимся в них противоположным процессом торможения, при котором работоспособность клеток получает возможность восстанавливаться. Тем самым внутреннее торможение предохраняет клетки коры мозга от дальнейшего функционального истощения. Последнее И. П. Павлов считал главным толчком к появлению в нервной клетке особенного процесса торможения, экономического процесса, который не только ограничивает дальнейшее функциональное истощение, ко и способствует восстановлению истраченного раздражимого вещества.

Значение торможения как восстановительного фактора особенно подчеркнуто работами Г. В. Фольборта (1951) и его сотрудников. Занимаясь вопросом взаимоотношения между процессами истощения и восстановления, он пришел к выводу,

что развитие процессов торможения, «несомненно, способствует усилению восстановления».

Естественный сон и есть именно такое разлитое по всей коре мозга внутреннее торможение: внутреннее торможение и сон – одно и то же, один и тот же процесс, причем «...сон, – говорит И. П. Павлов, – есть торможение, распространившееся на большие районы полушарий, на все полушария и даже ниже – на средний мозг». Так как внутреннее торможение является активным процессом, то развивающийся в этих условиях сон Павлов называет активным сном.

Причиной, прямым образом приводящей к развитию сна, И. П. Павлов считает накопление в корковых клетках продуктов обмена. Он отмечает, что «к внутренним раздражителям торможения принадлежит гуморальный элемент, следовательно, какие-нибудь продукты работы клетки», которые и вызывают это торможение. Однако, как показали исследования, проведенные в лабораториях И. П. Павлова, сон может возникать и при других условиях. Так, возникновению и развитию сонного торможения благоприятствует отсутствие внешних и внутренних раздражений, могущих создавать в коре мозга пункты возбуждения и этим препятствовать распространению по коре мозга тормозного процесса. Таким образом, если тормозной процесс не встречает сопротивления со стороны раздражительного процесса, он «разливается по большим полушариям и переходит в нижние части мозга, обусловливая полное пассивное, сонное состояние...». Сон, возникающий в этих условиях, И. П. Павлов называет пассивным сном.

При отсутствии в коре мозга сильных очагов возбуждения снотворными агентами могут стать слабые монотонные раздражения одного из ее анализаторов. Особенно действенны в этом отношении, как показали исследования лаборатории И. П. Павлова, слабые тактильные и температурные раздражения.

В самом деле, как мы знаем, монотонное длительное ритмическое звучание колыбельной песни, тикание часов, шелест листьев деревьев, ритмическое и длительное раздражение слабым источником света или же длительные покачивания, раздражающие вестибулярный аппарат внутреннего уха, поглаживание какой-либо части тела – все это при ослабленной коре мозга неизменно способствует развитию сонного торможения в раздражаемых корковых клетках. Отсюда тормозное состояние распространяется на соседние корковые клетки, постепенно охватывая собой всю кору, вызывая сонное торможение всей массы нервных клеток больших полушарий и подкорки.

И. П. Павлов отмечает, что в силу этого все люди, а особенно не имеющие сильной внутренней жизни, при однообразных раздражениях, как бы это ни было неуместно и несвоевременно, неодолимо впадают в сонливость и сон. При этом состояние сна, возникшее в той или иной группе корковых клеток, не остается только в ней, а распространяется и захватывает не только полушария, но спускается и в низшие отделы головного мозга. Такое состояние есть состояние полного сна в отличие от сна частичного, о чем мы будем говорить дальше.

Описанное выше явление иррадиации торможения выражено тем сильнее, чем больше по тем или иным причинам ослаблен тонус коры мозга. Физиологический механизм этого явления заключается в том, что корковые клетки, длительно реагирующие на действующий на них монотонный внешний раздражитель, рано или поздно переходят в тормозное состояние. Не встречая противодействия со стороны других, деятельных пунктов коры, тормозной процесс распространяется по всей коре, что и обусловливает возникновение сна.

Следует подчеркнуть, что даже в условиях полного бодрствования раздражительное состояние одних клеток коры мозга постоянно связано с тормозным состоянием других. Отдельные участки коры мозга, находясь в том или другим состоянии, составляют сложную систему мозаику, причем такие многочисленные мелкие участки торможения создают подвижной локальный «мелко раздробленный» сон. При наличии же в коре мозга более или менее обширных тормозных участков (и лишь отдельных бодрствующих пунктов или районов среди них) создается состояние частичного сна. Таким образом, И. П. Павлов различает три степени распространенности (экстенсивности) сна: полный, частичный и «мелко раздробленный».

В заключение следует отметить, что к числу снотворных факторов принадлежит также длительное ограничение свободы движений. Так, некоторые собаки в лабораториях И. П. Павлова, стоя в течение длительного времени неподвижно привязанными в станке, вскоре после начала опыта засыпают. В некоторых же случаях, наоборот, сонное торможение может развиваться под влиянием коротких и сильных раздражений.

Как описывает сам И. П. Павлов (1927), при сопротивлении животного во время приготовления к опыту стремительное ограничение движений сильными руками, при причинении ему значительного механического раздражения, сейчас же повело к полному сну животного. Очевидно, в данном случае возникновение сна связано с механизмом запредельного торможения, что может иметь место также и у человека (аналогия с «давним гипнозом» животных).

Что же происходит в противоположном случае – при переводе спящего человека в бодрствующее состояние?

Ответ на это мы находим у И. П. Павлова: «...Для того, чтобы исключить сон, надо ограничивать торможение встречными раздражениями», ибо «бодрое состояние поддерживается падающими на большие полушария, главнейшим образом из внешнего мира, и более или менее быстро сменяющимися раздражениями...». В силу этого бодрствование представляет собой явление более или менее обширной иррадиации в коре мозга раздражительного процесса с подвижной концентрацией его в определенных пунктах и индукционными отношениями между процессами возбуждения и торможения.

Рассмотрим еще одно явление, а именно условнорефлекторный сон, имеющий для нас особое значение. Все, что многократно совпадало когда-либо с развитием сна, само начинает способствовать его возникновению. Так, некоторые лабораторные животные, ежедневно находясь во время опыта в одном и том же помещении и засыпая в станке, на следующий день тотчас же засыпают, как только их вновь приводят в ту же комнату и ставят в станок. По свидетельству И. П. Павлова, собаку гипнотизировала уже одна обстановка: очень живое, подвижное животное, как только оно переступало порог комнаты, уже становилось

совершенно другим, причем сонное состояние усиливалось, когда эту собаку ставили в станок и приготовляли к опыту. В данном наблюдении выявлена возможность развития сонного торможения коры мозга условнорефлекторным путем, без ее предварительного утомления.

Об этом свидетельствуют также опыты В. А. Крылова в лаборатории И. П. Павлова (1925): повторно вводя в течение ряда дней в прямую кишку собак теплый раствор снотворной дозы хлоралгидрата, В. А. Крылов вызывал у них таким путем глубокий сон. После нескольких таких

процедур уже одно введение в прямую кишку теплой воды (без хлоралгидрата) или даже только одна процедура приготовления к введению воды стали вызывать у собак сонливость, а затем и сон.

В обоих приведенных случаях сон развивался под влиянием раздражителей, бывших до этого индифферентными (в первом случае – обстановка опыта, во втором – вода и процедура). Таким образом, сон возникал по условнорефлекторному механизму, без предшествующего утомления корковых клеток, причем в результате сочетания снотворных раздражителей с индифферентными последние приобретали все свойства снотворных.

А. Г. Иванов-Смоленский (1928) сочетал снотворные раздражители (длительные ритмические, световые, тепловые) с резким звонком, после чего возникал условный сонный рефлекс на один резкий звук звонка.

Итак, мы видим, что снотворные условные раздражители могут быть самыми разнообразными, причем переход к состоянию сна и выход из сонного состояния могут происходить по условнорефлекторному механизму. У человека это проявляется, например, в виде привычки засыпать в определенной обстановке, в определенный час, в определенной позе. Известно, что ребенок, привыкший засыпать на руках матери, долго не может заснуть в постели или на руках другого лица и т. п. У взрослого человека нередко одно представление о привычной снотворно действующей обстановке может вызвать наступление сна.

Частичный сон

Согласно учению И. П. Павлова, сонное торможение может быть частичным как по своей глубине, так и по степени распространенности, развиваясь лишь в ограниченных участках коры мозга. Одна часть коры мозга может находиться в состоянии бодрствования, а другая – в состоянии сонной заторможенности, например в переходном состоянии от бодрствования ко сну.

У собак в лабораторных условиях, приводящих к развитию у них гипнотического состояния, различная экстенсивность торможения проявляется, например, в форме расхождения между секреторными и двигательными компонентами пищевого рефлекса. Так, при условном раздражении (вид и запах пищи) слюна обильно течет, а собака остается неподвижно стоящей и пищи не берет.

Здесь частичность сна выразилась в заторможенности двигательной функции при сохранности секреторной. Частичность сна может выразиться и в том, что торможения ограничиваются только одной корой, не спускаясь ниже в подкорковую область. Это ведет к явлению каталепсии, как известно, выражающейся в том, что

всякое положение, придаваемое той или иной конечности животного или человека, неопределенно долгое время остается неизменным. В основе этого явления лежит неполная распространенность торможения: оно не спускается на центры уравновешивания, установки тела в пространстве (магнус-клейновский установочный рефлекс).

Со стороны экстенсивности, распространенности торможения частичность сна наиболее ярко представлена в эксперименте Б. Н. Бирмана (лаборатория И. П. Павлова, 1925).

У собаки был образован пищевой условный рефлекс на строго определенный звук органной трубы в 256 колебаний в секунду, от которого звуки иной частоты колебаний были отдифференцированы. Под влиянием длительного диференцировочного торможения собака глубоко засыпала

совершенно не реагируя на все другие органные звуковые раздражители. Но на звук трубы в 256 колебаний она просыпалась и брала пищу. Определенный звук трубы явился, таким образом, сигналом к пробуждению и приему пищи, причем выработанная в бодрственном состоянии строго дифференцированная условнорефлекторная реакция на этот сигнальный раздражитель сохранялась также и во время сна.

Таким образом, образовался бодрствующий участок коры мозга, названный И. П. Павловым «сторожевым пунктом». Положительно индуцируясь под влиянием тормозного состояния окружающих участков коры мозга, этот «сторожевой пункт» находится в состоянии повышенной возбудимости («под влиянием натиска торможения», по выражению И. П. Павлова), чем и обеспечивается поддержание связи его с внешней средой.

Этим дается физиологическое обоснование многим известным в жизни фактам. Мы знаем, например, что утомленная мать, спящая глубоким сном у постели больного ребенка, безразличная даже к сильным звуковым раздражениям, легко просыпается от малейшего звука, который издает ее ребенок. Мельник, спокойно спящий при нормальном шуме работающей мельницы, тотчас же просыпается, как только этот шум мельницы прекращается или она начинает работать вхолостую (при этом изменившийся шум колес мельницы является сигналом для бодрствующего «сторожевого пункта» коры его мозга о необходимости засыпать новую порцию зерна). Человек, заснувший вечером с мыслью проснуться утром в определенный час, действительно в этот час и просыпается. Все это – явления одного и того же условнорефлекторного порядка, случаи частичного сна с бодрствующим в коре мозга «сторожевым пунктом». При распространении сонного торможения и на этот бодрствующий очаг связь с внешним миром, конечно, тотчас же теряется и частичный сон переходит в полный.

Как известно, в мире животных явление «сторожевого пункта» нередко обеспечивает безопасность животного во время сна. Так, по наблюдениям Л. А. Орбели (1935), когда моллюск осьминог спит, семь его ножек обвиваются вокруг туловища, в то время как восьмая ножка остается выпрямленной, слегка движущейся и чутко реагирующей на падающие извне раздражения. Всякое прикосновение к ней тотчас же пробуждает животное, оно немедленно выпускает черную

краску и вообще проявляет активную защитную реакцию.

В других случаях сон стада охраняется сторожевым животным, чутко реагирующим на все сигналы о возможной опасности. При этом, если сторожевое животное издает особый звук, стадо тотчас же пробуждается и обращается в бегство, в то время как все другие звуки и шорохи, хотя бы и громкие, не тревожат спящего стада (В. Н. Сперанский, 1924). Таким образом, явление частичного сна с сохраняющимся «сторожевым пунктом» приобретает биологически важное значение, обеспечивая необходимую связь спящего животного с внешней средой.

Как примеры частичной экстенсивности сна можно привести случаи сна при ходьбе, при езде верхом, а также патологическое ночное снохождение.

Обобщая все сказанное по этому вопросу, И. П. Павлов отмечает, что «парциальный сон постоянно участвует в бодром состоянии животного и именно в тончайших соотношениях его с внешним миром», причем «в сонном состоянии всегда есть бодрые, деятельные пункты в больших полушариях, как бы дежурные, сторожевые пункты».

Фазовое состояние

Как известно, школой И. П. Павлова было открыто еще одно важное явление, состоящее в том, что при переходе корковых клеток из деятельного состояния в тормозное торможение возникает в них не сразу, а постепенно. Прежде чем наступит полное торможение, в клетках наблюдается ряд промежуточных (фазовых) состояний, отличающихся по интенсивности охватившего их тормозного процесса. Это же имеет место и при обратном переходе из тормозного состояния в деятельное. Этим вскрыта весьма важная сторона, не только осветившая физиологическую сущность гипноза животных и человека, но, как будет видно из последующего изложения, позволившая дать физиологическое обоснование ряда нормальных и патологических явлений высшей нервной деятельности.

При развитии таких переходных состояний между бодрствованием и сном наблюдается изменение отношения корковых клеток к условным раздражителям, стоящее в зависимости от степени заторможенности этих клеток. В то время как в бодрственном состоянии, при нормальном тонусе коры мозга, сила возбуждения корковой клетки соответствует силе раздражения (закон силовых отношений), при возникновении переходных состояний этот закон нарушается. Так, во время уравнительной фазы слабые и сильные раздражения начинают вызывать равные по силе реакции. В следующей переходной фазе слабые раздражения вызывают сильную реакцию, а сильные – слабую (или даже совсем не вызывают никакой реакции). Эту фазу И. П. Павлов назвал парадоксальной. За этой фазой следует ультрапарадоксальная фаза, при которой отрицательные условные раздражители начинают вызывать положительную реакцию корковых клеток, а положительные – реакции не вызывают. При еще более глубоком торможении корковых клеток возникает так называемая наркотическая фаза, когда при сохранении силовых отношений имеется одинаково ослабленная реакция на все раздражения.

Наконец, при полном торможении корковых клеток, отвечающем состоянию глубокого сна, реакции на все обычные раздражения полностью отсутствуют. В

этом случае для пробуждения спящего оказывается необходимым применение различных сильных раздражений (толчки, сильный окрик и т. п.).

Возникая при засыпании или, наоборот, пробуждении, фазовые состояния могут распределяться по коре мозга неравномерно, локализуясь то в одних, то в других ее участках. Такие переходные фазовые состояния И. П. Павлов называл «гипнотическими». Наиболее интересной является парадоксальная фаза, о чем будет сказано ниже.

Однако нужно иметь в виду, что фазовое состояние может возникать также и в отдельных пунктах или районах коры мозга в условиях патологии высшей нервной деятельности, когда эти пункты или районы находятся в «хроническом гипнотическом состоянии» (истерия, паранойя, шизофрения, навязчивые состояния и пр.), а также в виде временного фазового состояния этих районов коры, вызванного чрезмерным утомлением, сильной отрицательной астенической эмоцией и т. д. В таких случаях это не гипнотический сон, а хроническое состояние неполного торможения корковых клеток соответствующего участка коры мозга, ведущее к ненормальному его функционированию.

Наличие фазовых состояний в условиях гипнотического сна человека доказано по методу условных рефлексов работами Ю. А. Поворинского и Н. Н. Трауготт (лаборатория А. Г. Иванова-Смоленского, лаборатории Ф. П. Майорова (1939). Следует отметить, что, по Н. И. Красногорскому (1951), фазовые состояния могут локализоваться в отдельных анализаторах даже при общей оптимальной возбудимости коры.

Внушение и внушаемость

С переходным (фазовым) состоянием коры мозга тесно связаны явления внушения и внушаемости, зачастую получающие в жизни человека немаловажное значение. При этом мы встречаемся с двумя фактами: с возможностью воздействия на высшую нервную деятельность человека словесных внушений другого человека и с возможностью самовнушений, могущих при определенных условиях получать «преобладающее, незаконное и неодолимое значение» (И. П. Павлов).

Каковы же физиологические механизмы, лежащие в основе словесного внушения и самовнушения?

По классическому определению И. П. Павлова, в основе явлений внушения и самовнушения лежит концентрированное раздражение определенного пункта больших полушарий, проявляющееся в форме ощущения или следа его представления, или же в форме эмоции, т. е. идущее из подкорки, «получившее преобладающее, незаконное и неодолимое значение». Оно переходит в тот или иной двигательный акт, говорит И. П. Павлов, «не потому, что оно поддерживается всяческими ассоциациями, т. е. связями со многими настоящими и давними раздражениями, ощущениями и представлениями, тогда это твердый и разумный акт, как полагается в нормальной и сильной коре, а потому, что при слабой коре, при слабом, низком тонусе оно, как концентрированное, сопровождается сильной отрицательной индукцией, оторвавшей его, изолировавшей его от всех посторонних необходимых влияний» (разрядка наша.– К. Я.)1.

«Когда на такую кору в определенный пункт как раздражитель направляется слово, приказ гипнотизера, то этот раздражитель концентрирует раздражительный процесс в соответствующем пункте, что тотчас же сопровождается отрицательной индукцией, которая благодаря малому сопротивлению распространяется на всю кору, в связи с чем слово, приказ является совершенно изолированным от всех влияний и делается абсолютным, неодолимым, роковым образом действующим раздражителем, даже и потом, при возвращении субъекта в бодрое состояние» (разрядка наша. – К. П.) 2.

Это и есть, по словам И. П. Павлова, физиологический механизм гипнотического и постгипнотического внушения, которое, как он говорит, сильно потому, что раздражение коротко, изолированно и цельно.

В свете этих павловских определений можно понять прежние высказывания психоневрологов. Так, в свое время В. М. Бехтерев (1898), отмечая, что способами воздействия одних лиц на поведение других являются личный **пример, прямой приказ, убеждение и внушение,** писал, что «вопреки словесному убеждению, обыкновенно действующему на другое лицо силой своей логики и непреложными доказательствами, внушение действует путем непосредственного прививания... идей, чувствований и ощущений, не требуя вообще никаких доказательств и не нуждаясь в логике». В. М. Бехтерев считал, что «это может происходить как намеренно, так и не намеренно» и может осуществляться «иногда совершенно незаметно для человека, воспринимающего внушение». Иногда же это происходит с его ведома и «при более или менее ясном его сознании». В случае же ограниченности у данного лица жизненного опыта и практических знаний применение каких-либо логических убеждений обычно не достигает цели, в то время как прямое словесное внушение, так же как и прямой приказ, в таких случаях «почти всегда действует верно».

Далее В. М. Бехтерев подчеркивал, что если намеренное внушение в бодрственном состоянии «в более или менее резко выраженной степени удается далеко не у всех», то совершенно другое наблюдается, когда налицо совершенно невольное внушение, производимое при естественном общении одного субъекта с другим. Это невольно производимое внушение «происходит незаметно для лица, на которое оно действует, а потому обыкновенно и не вызывает с его стороны никакого сопротивления». Правда, по словам В. М. Бехтерева, оно редко действует сразу, чаще же медленно, но зато «верно укрепляется» в психической сфере.

Вместе с тем, по В. М. Бехтереву (1912а), «внушение или прививание психических состояний играет особо видную роль в нашем воспитании», по крайней мере до тех пор, пока развивающееся мышление ребенка не позволит ему «усваивать логические доводы не менее, нежели готовые продукты умственной работы других».

По П. Дюбуа (1911), внушаемость «оказывает то или иное влияние на все наши поступки, придает ту или иную окраску нашим ощущениям, служит источником постоянных иллюзий, предохранить себя от которых является крайне трудной задачей даже при всем возможном для нас напряжении ума».

По Ю. В. Каннабиху (1928а), о внушении можно говорить лишь в том случае,

когда осуществление его при обычных условиях встретило бы сопротивление, будучи подвергнуто критике, между тем как теперь оно «осуществляется слепо, благодаря тому, что в нервно-психическом аппарате человека наступила задержка всех противоположных тенденций. Вызвать в человеке такую задержку, заставить его действовать, не рассуждая, – и означает сделать внушение» (разрядка наша. – К. П.).

В чем же в таком случае состоит внушаемость и на чем она основана?

Как отмечает И. П. Павлов, внушаемость основана на легком переходе в тормозное состояние корковых клеток. При этом – «основной механизм внушаемости есть разорванность нормальной, более или менее объединенной работы всей коры». Она обусловлена отсутствием обычных влияний со стороны остальных частей коры. Именно поэтому внушаемое и не подвергается их влиянию. Таким образом, нужно считать, что основным физиологическим условием внушаемости является снижение тонуса коры больших полушарий и легко возникающая при этом функциональная расчлененность корковой деятельности. Внешне же внушаемость выражается в большей или меньшей подчиняемости высшей нервной деятельности одного человека словесным воздействиям другого человека, осуществляемой, однако, не на основе доводов разума, логической мотивации, а путем совершенно безотчетного подчинения воздействиям. Сам человек в таких случаях не отдает себе ясного отчета в такой подчиняемости, продолжая считать свой образ действий результатом собственной инициативы.

Однако чрезмерная внушаемость, при которой критической, сознательной деятельности человека с его «доводами разума» противопоставляется «незаконное и неодолимое» (И. П. Павлов) преобладание словесного воздействия другого лица, представляет собой явление уже анормальное. Повышенная внушаемость является следствием относительной слабости критики и недостаточности суждения (логического мышления), т. е. снижения функции второй сигнальной системы, на фоне сниженного под влиянием тех или иных причин тонуса коры мозга.

Иллюстрацией значения сниженного положительного тонуса коры мозга, способствующего повышению внушаемости, могут служить исследования С. Л. Левина (1934), проводившиеся в детской клинике Н. И. Красногорского по методу условных рефлексов. Словесное внушение еды яблок в состоянии внушенного сна вызывало у детей вдвое и втрое большее выделение слюны, чем то же внушение, производимое в бодрственном состоянии.

Важной особенностью внушенного сна и является возникающая в этом состоянии повышенная внушаемость, т. е. повышенная возможность образования в коре мозга, под прямым воздействием словесных внушений соответствующего содержания, новых очагов концентрированного раздражения, новых временных связей, новых динамических структур и в силу этого оживления (или, наоборот, устранения) старых связей и структур. При этом реализация внушенного состояния (восприятия, действия) происходит без активной критической переработки всего таким путем воспринимаемого, ассимилируемого и выполняемого.

Тем не менее внушение вполне возможно и в полном бодрственном состоянии. Есть лица, у которых при определенных условиях внушения могут быть

производимы в бодрственном состоянии так же легко, как и в состоянии гипноза.

Для реализации внушения существенное значение имеет парадоксальная фаза. Не случайно И. П. Павлов парадоксальную фазу назвал «фазой внушения». «Я думаю, – говорил он, – что наша парадоксальная фаза (у лабораторных собак. – К. П.) есть действительный аналог особенно интересной фазы человеческой гипнотизации, фазы внушения, когда сильные раздражения реального мира уступают место слабым раздражениям, идущим от слов гипнотизера» (разрядка наша. – К. П.) 1.

Повышенной внушаемости в условиях парадоксальной фазы И. П. Павлов придает значение и в повседневной жизни. «Можно представить себе, – говорит он, – что она же (парадоксальная фаза.– К. П.) дает себя знать и в тех нормальных людях, которые больше поддаются влиянию слов, чем фактам окружающей действительности».

Иллюстрацией значения парадоксальной фазы, по-видимому, могут являться наши наблюдения, относящиеся к извращенным реакциям (глава VII).

Наконец, для реализации словесного внушения особенно важное значение имеет смысловое содержание слова, его семантика. «Многообъемлемость слова» делает понятным то, что внушением можно вызывать в гипнотизируемом человеке так много разнообразных действий, направленных как на внутренний, так и на внешний мир человека.

Отсюда ясно, что для второй сигнальной системы понятие силы раздражителя в конечном счете определяется социальной (смысловой) значимостью слова создавшейся в условиях прошлого жизненного опыта данного человека. А со стороны физиологической степень внушаемости определяется степенью снижения тонуса (рабочего возбуждения) коры мозга в данный момент.

Следует отметить, что сниженный тонус коры мозга может быть обусловлен не только разлитым сонным торможением, но и таким общим фактором, как слабый или ослабленный тип нервной системы, а также утомлением, истощением корковых клеток, острой или длительной отрицательной, астенической эмоцией, особенно если связанное с ней угнетенное состояние клеток коры мозга длилось в течение значительного времени.

По этому поводу И. П. Павлов (1927) замечает: «То, что психологически называется страхом, трусостью, боязливостью, имеет своим физиологическим субстратом тормозное состояние больших полушарий, представляет различные степени пассивно-оборонительно рефлекса», который находится в «определенной связи с гипнотическим состоянием», часто едва отличимым от бодрственного состояния, т. е. без всяких внешних проявлений гипнотического сна.

Противодействие внушению оказывает более или менее объединенная работа всей коры мозга, ее высокий тонус и наличие жизненного опыта, основанного на твердых, проверенных знаниях, т. е. на доводах, апробированных практикой, а также способностью к критике.

Таким образом, внушаемость не безусловна, а условна, нестабильна, а в высокой степени динамична. При этом, по-видимому, имеют большое значение типовые особенности нервной системы, еще недостаточно изученные.

Следует отметить, что необходимо разграничивать явления, связанные с сознательным восприятием слова и с его внушающим воздействием. По-видимому, именно Дюбуа впервые указал на необходимость четкого разграничения понятий: внушение (suggestion) и убеждение (persuasion), которые до него обычно смешивали. Добавим, что, по Ферворну, «внушение есть искусственно вызываемое представление, возникающее без контроля критики и принимаемое в силу этого почти слепо». Форель (Forel, 1928) подчеркивает, что «не следует принимать за внушение воздействие одного человека на другого доводами разума» (разрядка наша – К. П.).

«Впрочем, – оговаривается он, – имеются всевозможные переходные ступени от подобного воздействия до совершенно неосознаваемого, настоящего внушения».

Как правило, отмечает в одной из своих работ Е. С. Катков (1938), между сознательным восприятием речи и ее внушающим воздействием имеется диалектическое взаимоотношение. Словесное воздействие, воспринимаемое критически, не может быть внушенным, так как оно сознательно, активно воспринимается. Словесное же воздействие, воспринимаемое пассивно, без критики, легко может стать внушенным, хотя бы оно и противоречило прошлому опыту или было оторвано от реальности в настоящем.

В самом деле, словесное воздействие, активно воспринимаемое бодрствующей корой мозга, неизбежно подвергается с ее стороны соответствующей переработке, в частности, оно тотчас же входит во временные связи с многочисленными следовыми реакциями прошлого опыта. При пассивном же восприятии такая активная переработка отсутствует и услсвнорефлектсрная связь замыкается в коре мозга безотносительно к тому, соответствует ли содержание словесного воздействия данным прошлого и настоящего опыта или же противоречит им.

Пассивность восприятия содержания словесного воздействия может быть обусловлена либо высоким авторитетом говорящего лица, либо той эффективностью, с какой эти слова были сказаны, либо, наконец, сниженным тонусом коры мозга, ослабленным вследствие болезни, утомления, сонливости и пр. Поэтому лучшей мерой борьбы с внушаемостью является поддерживание в условиях бодрствования деятельного состояния коры мозга и, конечно, наличие соответствующих корковых динамических структур или систем, основанных на собственном опыте человека, обеспечивающих критическое отношение к содержанию словесного воздействия.

Отсюда следует, что все формы самостоятельной активной деятельности должны максимально культивироваться.

В целом же как сознательное восприятие речи, так и ее внушающее воздействие создают в соответствующих пунктах мозговой коры очаги раздражения, целые динамические структуры, могущие длительно сохраняться после того, как прямое восприятие речи уже прекратилось. Известно, как долго сохраняется в памяти все сознательно воспринятое, особенно если оно произошло при сильном эмоциональном возбуждении, т. е. с участием ближайшей подкорки. Кроме того, на примере отставленной реализации постгипнотического внушения мы знаем,

сколь длительным может быть действие последнего.

Вместе с тем внушающее воздействие иногда пронизывает процессы сознательного восприятия. Поясним это на примере.

Когда врач анализирует состояние больного, последний воспринимает это вполне сознательно и может отнестись к выводам врача более или менее критически. Но когда врач прописывает больному лекарство, причем ни состав последнего, ни роль и значение устанавливаемой врачом дозировки больному совершенно неизвестны (если, конечно, он сам не является врачом), то здесь больной основывается на доверии к врачу. Таким образом, на смену сознательному восприятию здесь выступают условия внушающего воздействия: «Это лекарство вам поможет!»

Если идти дальше по этому пути, то изготовление лекарства аптекой также не вызывает у больного каких-либо сомнений. В этом случае также есть внушающее воздействие: «Аптека всегда изготовляет именно то, что врач назначил!»

Следует подчеркнуть, что внушающее воздействие может иметь форму или прямого, или же косвенного (опосредованного) внушения.

Прямое словесное внушение осуществляется путем непосредственного воздействия самой речи, имеющей определенную смысловую значимость и императивность, на высшую нервную деятельность человека – на вторую сигнальную систему, через нее –на первую сигнальную систему и подкорку, а отсюда и на всю соматическую и эндокринно-вегетативную деятельность.

Эффективность прямого внушения, вызванного словом, зависит: от функционального состояния в данный момент коры мозга лица, воспринимающего внушение, что и определяет собой степень внушаемости и от смыслового содержания внушаемого словесного комплекса.

Реализация внушаемого состояния или действия обычно происходит при этом немедленно вслед за произведенным словесным внушением, в порядке прямой реакции на него, так сказать по механизму «короткого замыкания». Так, если человеку внушают, что им овладело чувство приятного отдыха или что на его руке сидит укусивший его комар и т. п., то внушаемое реализуется тотчас же. Таким образом, при прямом словесном внушении на кору мозга воздействует лишь само слово (словесный раздражитель) в его чистом виде, причем используются физиологические механизмы прямого воздействия слова на вторую сигнальную систему, а через нее – на первую, как и на подкорку.

По своему содержанию прямое словесное внушение может быть либо простым и коротким (например, выраженным в форме приказа: «Спать!», «Отдыхать!», «Проснуться!» и т. п.), либо более или менее сложным и логически обоснованным (мотивированное внушение), например, если оно необходимо для изменения отношения больного к тем или иным условиям среды, направления его будущих поступков и т. д.

Следует отметить, что содержание словесного внушения не должно противоречить моральным установкам человека, так как в противном случае, как показывают экспериментальные исследования, оно не реализуется даже при словесном

внушении, производимом во внушенном сне. В случае же настойчиво и упорно применяемого внушения такого рода это может привести к возникновению невротической реакции, а в тяжелом случае – к срыву высшей нервной деятельности и последующему невротическому состоянию.

При косвенном словесном внушении реализация внушаемого, как правило, ставится в связь с тем или иным предметом или воздействием, при посредстве которого оно собственно и должно реализоваться. Например, бодрствующему лицу внушается, что предлагаемый ему индифферентный белый порошок является снотворным. Поэтому как только он примет данный порошок, он тотчас же заснет.

Таким образом, при косвенном словесном внушении создаваемый им в коре мозга сложный очаг концентрированного раздражения стоит в связи не только с содержанием внушаемого слова, но и с тем предметом (или обстоятельством места и времени), при наличии которого внушаемое должно будет реализоваться. Поэтому В. М. Бехтерев (1911) называет такое внушение чреспредметным, или опосредованным. При внушении через предметы, говорит он, «мы не действуем непосредственно самим внушением, а связываем внушение с определенным предметом, благодаря чему внушение и осуществляется в связи с данным предметом».

Соответственно этому индифферентный до того раздражитель получает на данный период времени определенную условнорефлекторную значимость. Отсюда следует, что косвенное словесное внушение основано на образовании сложной условной связи между раздражителем второй сигнальной системы (слова внушения), данным безусловным раздражителем и фактом реализации внушаемого эффекта (возникновение вследствие этого внушаемого явления или действия). В прошлом опыте исследуемого с каждым из этих трех элементов, конечно, должны быть прямые корковые связи».

В силу этого по существу в коре его мозга одновременно возникают два связанных между собой очага возбуждения, один из которых создается во второй сигнальной системе словами внушения, а другой – в первой сигнальной системе тем раздражением, при посредстве которого внушаемое должно будет реализоваться.

Вместе с тем в условиях косвенного внушения момент исполнения внушенного состояния или действия может быть отсрочен. Таким образом, исполнение внушенного оказывается связанным не только с определенным предметом (или словом, местом в пространстве), но и с определенным моментом времени, на какой оно будет назначено. В силу всего этого сам факт внушающего словесного воздействия как бы отходит на задний план. Иначе говоря, внушение становится скрыто действующим. В создаваемый таким путем предметно-словесный комплекс может быть вовлечен ряд анализаторов с обязательным участием первой и второй сигнальных систем, с каждой из которых могут быть свои условнорефлекторные связи, возникшие когда-то в условиях прошлого опыта. Ведущее значение в данном случае приобретают именно условия реализации производимого вну-

шения, что способствует снижению критики, а иногда даже делает возможным и прямое некритическое отношение к внушаемому состоянию или действию. Это обстоятельство в свое время получило отражение в известных словах Фореля: «Внушение тем более сильно, чем более оно является скрытым» (иначе говоря, косвенным).

Косвенное внушение с успехом может быть применено в бодрственном состоянии исследуемого лица и обладает значительно большей силой внушающего воздействия, чем внушение прямое. Так, оно нередко оказывает эффективное воздействие на тех лиц, на которых прямое внушение действия не оказывает, на что в свое время указывали В. М. Бехтерев, Форель, Левенфельд (Lowenfeld) и др.

Наблюдения этих авторов говорят также о том, что в повседневной жизни случаи непроизвольно делаемых косвенных, чреспредметных внушений чрезвычайно распространены и потому имеют определенное значение, особенно в детском возрасте.

Определенную роль играют также явления самовнушения. Самовнушение можно определить как явление внушающего воздействия, идущего не извне, а изнутри, со стороны следовых корковых процессов, связанных с прошлыми раздражениями второй сигнальной системы.

И. П. Павлов считает, что сила самовнушения определяется степенью концентрации возбуждения в определенном районе коры. При сниженном корковом тонусе последняя может сопровождаться сильнейшим затормаживанием остальных отделов коры, представляющих, как говорит И. П. Павлов, «коренные интересы всего организма, его целости, его существования». Сила внушения или самовнушения может быть такова, что при определенных условиях «даже уничтожение организма может происходить без малейшей физиологической борьбы со стороны организма». В качестве примера И. П. Павлов приводит состояние различных религиозных экстатиков: «Раз точный исторический факт, что христианские мученики не только терпеливо переносили, но с радостью шли на мучения.., то перед нами яркое доказательство силы самовнушения...». Он отмечает, что «...с физиологической точки зрения легко могут быть поняты произведенные путем внушения и самовнушения частичные нарушения целости организма при посредстве также теперь доказанной трофической иннервации».

Путем самовнушения могут возникать, например, симптомы мнимой беременности, когда под влиянием раздражений, исходящих из второй сигнальной системы в организме женщинины происходит ряд сложных вегетативно-эндокринных изменений, приводящих к возникновению внешних признаков беременности (деятельное состояние молочных желез, отложение жира в брюшных стенках и пр.), что ведет к симуляции беременности.

В других случаях самовнушение вызывает возникновение явлений стигматизации (у католических религиозных фанатиков) в форме определенных изменений в состоянии данного участка кожных покровов и т. д.

Каковы же физиологические механизмы, лежащие в основе явлений самовнушения?

Как мы знаем, при наличии определенных воздействий, падающих на кору

мозга из внешней или внутренней среды, а также определенной «зарядки из подкорки», следы корковых временных связей, в том числе следы напряженно пережитых в прошлом эмоциональных состояний, могут оживляться, вследствие чего могут возникать и на их основе закрепляться новые, вторичные по отношению к ним корковые временные связи. Все это проявляется в наибольшей степени при сниженном положительном тонусе коры мозга. В этом случае также резко снижается ее анализаторная деятельность, так как для тонкого анализа требуется достаточно сильное напряжение основных корковых процессов – раздражительного и тормозного.

В деятельности второй сигнальной системы такое снижение анализаторной функции получает свое выражение в виде снижения критики. Этим самым создаются условия, облегчающие возникновение во второй сигнальной системе новых связей, недостаточно подкрепленных не только первосигнальными условными связями, но и безусловными фактами реальной действительности.

И. П. Павлов, говоря о второй сигнальной системе, не раз предостерегал, что «многочисленные раздражения словом... удалили нас от действительности, и поэтому мы постоянно должны помнить это, чтобы не исказить наши отношения к действительности».

Поэтому при определенных условиях может возникнуть доминирование ярко эмоционально окрашенных второсигнальных следовых процессов над реальными воздействиями внешней среды. Одним из прямых результатов этого и является возникновение акта самовнушения. Оно образуется тогда, когда замыкательная функция осуществляется во второй сигнальной системе не под контролем сознательного-осмысленного восприятия, а оказывается, как образно выражается И. П. Павлов, «не считающейся больше или мало считающейся с действительностью и подчиняющейся главным образом эмоциональным влияниям подкорки» 2.

Отсюда понятно, почему акт самовнушения получает преобладающее значение. Он является совершенно изолированным от всех влияний и, следовательно, делается абсолютным и сильно действующим раздражителем. Явления самовнушения могут оказать влияние не только на весь характер высшей нервной деятельности, но и на деятельность анимально-эндокринно-вегетативной системы.

Поэтому явлениям самовнушения, механизмы которых в настоящее время физиологически обоснованы учением И. П. Павлова, необходимо придавать большее значение, чем это делалось до настоящего времени.

ГЛАВА III

ВНУШЕННЫЙ СОН

Слово того, кто начинает гипнотизировать... при известной степени развивающегося в коре полушарии торможения, концентрируя по общему закону раздражение в определенном узком районе, вызывает вместе с тем естественно глубокое внешнее торможение... во всей остальной массе полушарий и тем самым исключает какое-либо конкурирующее воздействие всех других наличных и старых следов раздражений.

И. П. Павлов

Исторически начало изучению природы гипноза и словесного внушения в гипнотическом состоянии было положено в 40-х годах прошлого столетия английским хирургом Брэдом (Braid). Более глубокое изучение явлений гипноза и внушения было проведено во Франции в 70-х годах того же столетия, где этим вопросам были посвящены работы Шарко (Charcot) в Париже и Бернгейма (Bernheim) в Нанси.

Исследования, проводившиеся Шарко, привлекли к себе внимание врачей многих стран. Возникновение гипнотического состояния Шарко вызывал внезапными короткими сильными (или длительными слабыми) раздражениями таких органов чувств, как органы зрения, слуха и осязания. При этом самому словесному внушению Шарко придавал лишь второстепенное значение. Исследования проводились у 12 больных истерией, и внешнее сходство гипнотических явлений с истерическими привело Шарко к неправильному выводу о том, что «явления гипнотизма представляют собой искусственно вызываемый «истерический невроз» и что эти явления «могут быть получены только у больных истерией».

Более широкую точку зрения высказал профессор Нансийского университета Бернгейм, по мнению которого в основе гипнотических явлений лежит свойственная нормальной человеческой психике внушаемость. Гипноз же есть внушенный сон, который может иметь различную степень глубины и может быть вызван у большинства здоровых людей путем словесного внушения. Бернгейм установил, что внушаемость особенно повышается в наиболее глубокой, так называемой сомнамбулической стадии гипноза, во время которой возможно входить в словесный контакт с усыпленным. Эта стадия характеризуется амнезией после пробуждения, т. е. забвением всего того, что происходило в состоянии гипноза. Школа Бернгейма впервые показала, что у некоторых лиц многие явления внушения можно вызывать в бодрственном состоянии.

Так как Шарко изучал явления гипноза у больных истерией, а Бернгейм – у здоровых людей, то эти исследователи пришли к различным теоретическим выводам, положенным в дальнейшем в основу двух противоположных школ гипноза – парижской школы Шарко и нансийской школы Бернгейма. Последователи Шарко, как и он сам, продолжали рассматривать гипноз (по их терминологии, «гипнотизм») как искусственно вызванное истерическое состояние, т. е. явление патологическое.

Следует отметить, что именно полное сходство симптомов, легко вызывавшихся в гипнозе словами внушения (двигательные параличи, анальгезии, гиперальгезии и т. п.), с подлинной патологической симптоматикой истеричных, которых Шарко и его последователи и приводили в гипнотическое состояние, и побудило их считать это состояние патологией. В действительности же истерическая патосимптоматика являлась формой реакции организма больного на психотравматизацию, в то время как те же явления, экспериментально вызываемые в гипнозе у здоровых, составляли лишь вполне адекватную реакцию коры их мозга на слова внушения.

Школа Бернгейма стала определять гипноз как внушенный сон, т. е. явление нормальное, физиологическое. Среди многочисленных исследователей, примыкавших к нансийской психологической школе, не было единого мнения по вопросу о сущности и механизмах внушения и гипноза.

В конце XIX столетия гипноз и внушение изучались многими исследователями, в числе которых были биологи, психологи, врачи, педагоги и др. Они накопили огромный и разнообразный фактический материал, ставили вопросы о природе гипнотического состояния, механизме его развития, сущности внушения и т. д. Сближение гипноза с обычным сном (со стороны некоторых исследователей) было для многих недостаточно убедительно. Оставалось неясным, что же представляет собой само гипнотическое состояние: сон ли это, нормальное ли или патологическое состояние; полезно оно или вредно, как оно может быть объяснено с физиологической или психологической точки зрения.

Внимание психологов особенно привлекал факт изменения поведения усыпленного под влиянием словесного внушения как во время пребывания его в гипнозе, так и после него и возможность влиять посредством внушения на высшие процессы – мышление, сферу чувств и воли и пр. Однако ни одна из выдвинутых к тому времени теорий не давала «счерпывающих объяснений, так как психологические теории гипноза в тот период строились на основе самонаблюдения и дру-

гих методов умозрительной психологии. Так, по мнению Менделя (Mendel), гипноз есть состояние сильного раздражения головного мозга. Цимссен (Zims-sen) считал, что это – состояние угнетения коры мозга, а Ферворн (Verworn) полагал, что это – наивысшая степень бодрствования. В. Я. Данилевский (1888, 1924) рассматривал гипноз как «явление психорефлекторного торможения». По мнению В. М. Бехтерева (1911), гипноз представляет собой своеобразное видоизменение естественного сна.

Таким образом, в конце XIX и начале XX столетия в вопросе о внушении и гипнозе не было необходимой ясности. Широкий путь к решению проблемы внушения и гипноза был открыт лишь исследованиями И. П. Павлова и его школы, создавших физиологию высшей нервной деятельности, а на ее основе – учение о сне и гипнозе.

Переходя к рассмотрению условий развития у человека гипнотического состояния и возникающего на его основе внушенного сна, считаем необходимым отметить некоторые связанные с этими вопросами основные понятия вытекающие из учения о высшей нервной деятельности.

Так, гипнотическим состоянием И. П. Павлов называет состояние корковых клеток в переходном периоде между бодрствованием и сонным торможением. Поэтому «когда начинается гипнотическое состояние, состояние торможения, корковые клетки как бы приходят в более слабое, менее работоспособное состояние – для них понижается предел допустимой, возможной возбудимости».

Гипнотическим сном является такое состояние коры мозга, при котором переходное (фазовое) состояние уже распространилось на весь кинестезический анализатор, вследствие чего деятельность произвольной иннервации оказалась выключенной и животное (или человек) находится в состоянии двигательного покоя, неизменно сохраняя позу сна и внешний облик спящего, т. е. живого существа, погруженного в состояние общего сонного торможения. Однако в данном случае большие полушария захвачены торможением не на всем протяжении, в них могут образоваться и возбужденные пункты. «Следовательно, – говорит. И. П. Павлов, – при гипнозе речь идет не о полном сне, а о парциальном сне. Этим и отличается гипнотический сон от естественного».

Наконец, внушенным сном называют гипнотический сон человека, вызванный словесным внушением, т. е. раздражителем второй сигнальной системы соответствующего содержания. Внушенный сон человека отличается от гипнотического сна животного не только способом его вызывания (словесное внушение), но и наличием так называемого раппорта (сохраняющейся способности речевой связи с усыпившим), а также состояния повышенной внушаемости. Путем словесного внушения некоторые участки речедвигательного, кинестезического и других анализаторов могут быть выведены из тормозного состояния, в силу чего у человека, находящегося в состоянии внушенного сна, можно получить разнообразные реакции соответственно содержанию словесного внушения. Вместе с тем внушенный сон является частным случаем условнорефлекторного сна: это условнорефлекторный сон, но вызванный и поддерживаемый соответствующим словесным внушением, чем он и отличается (по механизму своего развития) от

обычного условнорефлекторного сна, вызываемого условными раздражителями первой сигнальной системы.

Таким образом, при определенных условиях под воздействием словесного внушения соответствующего содержания бодрственное состояние может перейти в гипнотическое, а с распространением последнего на значительную часть коры мозга – в состояние внушенного сна. Состояние внушенного сна при его дальнейшем распространении и углублении, приводящем к утрате раппорта, в свою очередь переходит в естественный сон. Следовательно, качественно отличные одно от другого состояния– бодрственное, гипнотическое, естественного сна – последовательно переходят одно в другое. Отсюда следует, что внушенный сон человека является частным случаем его гипнотического сна, гипнотический сон есть частный случай сна условнорефлекторного, а условнорефлекторный сон представляет одну из разновидностей естественного сна.

Внутреннее торможение, распространяясь и углубляясь, образует разные степени гипнотического состояния. Особое внимание обращает на себя разнообразие и многочисленность стадий гипноза, который вначале почти не отличается от состояния бодрствования. Возникающая при этом функциональная расчлененность корковых систем, с частичным разделением коры мозга на сонные и бодрствующие отделы, проявляется в том, что в определенной фазе гипноза загипнотизированный человек отлично понимает то, что ему говорят, и даже помнит об этом впоследствии, но сам не способен производить никаких движений. Таким образом, явления гипноза человека есть результат того или другого расчленения больших полушарий на сонные и бодрствующие отделы, происходящего под влиянием словесных внушений.

Это явление совершенно аналогично гипнотическому состоянию павловских подопытных животных, которое характеризуется заторможенностью одной только двигательной области больших полушарий. У животного в этом состоянии наблюдаются рефлексы на глазные мускулы (животное следит глазами за экспериментатором), на железы (при подаче еды у неподвижно стоящего животного начинает течь слюна) и, наконец, тонические рефлексы среднего мозга на скелетную мускулатуру для удержания того положения, в которое приведено животное (каталепсия). Однако у животного, находящегося в этом состоянии, нет обычных признаков сна, но имеется мускульный покой. И. П. Павлов по этому поводу писал, что «...наблюдения открывают все большее разнообразие симптомов гипнотического состояния, все более тонкие градации его, часто едва отличающиеся от бодрого состояния, все большую подвижность гипнотического состояния в зависимости от мельчайших изменений обстановки...»

Останавливаясь на особенностях гипноза человека, И. П. Павлов подчеркивал, что из-за большей сложности человеческого мозга отдельные гипнотические явления гораздо разнообразнее у человека, чем у животного. Прежде всего среди гипнотических явлений у человека привлекает особое внимание так называемое внушение. Кроме того, для человеческого гипнотического состояния, вызываемого и поддерживаемого воздействием словесного внушения, специфично явление раппорта, т. е. сохранение речевой связи между усыпленным и усыпившим. На-

конец, для гипнотического состояния человека и животных не менее специфично «застревание» корковых клеток в некотором «фазовом», переходном состоянии от деятельного к сонному. В силу этого известные стадии гипнотического состояния остаются более или менее стационарными. Именно в этом переходном состоянии и может иметь место парадоксальная фаза, при которой создаются условия повышенной внушаемости и реализации гипнотических внушений («фаза внушения»).

Таким образом, И. П. Павлову удалось раскрыть многие стороны физиологических механизмов, лежащих в основе гипнотического состояния не только животного, но и человека. Прежде всего сюда относится то важное обстоятельство, что в гипнотическом состоянии имеет место более или менее глубокая функциональная диссоциация коры мозга на сонные и бодрствующие участки и возможность при известных условиях перемещения этих диссоциированных районов по мозговой массе больших полушарий, вызываемого путем соответствующих словесных внушений.

Возникновение внушенного сна и зоны раппорта.

Прежде всего необходимо разобрать физиологическую значимость императивно сказанного слова «спать», приводящего при определенных условиях к развитию у человека внушенного сна.

Как мы уже видели из приведенных выше примеров образования условного рефлекса на словесный раздражитель, последний, как правило, вызывает реакцию, соответствующую содержанию слова. То же самое наблюдается при действии условных раздражителей, которые прочно связаны с состоянием сна. Поэтому слова «засыпайте», «спите», огромное число раз совпадавшие до того с развитием физиологического сна, являются условными раздражителями, которые вызывают возникновение сна.

Однако в данном случае сонное состояние выражено не в форме полного, т. е. естественного сна, а в форме частичного, гипнотического сна. Оно характеризуется тем, что между усыпленным и усыпившим его лицом продолжает сохраняться речевой контакт, получивший название раппорта. Таким образом, в деятельности коры мозга человека, находящегося во внушенном сне, имеются определенные особенности. Как мы уже отмечали, для этого состояния специфично функциональное расчленение коры мозга на участки сна и бодрствования, приводящие, во-первых, к явлению раппорта, во-вторых, к явлению повышенной внушаемости.

Как известно, И. П. Павлов пришел к выводу, что во время бодрствования большие полушария представляют собой систему, все части которой находятся во взаимодействии друг с другом. При этом, по И. П. Павлову, состояние бодрствования «поддерживается падающими на большие полушария, главнейшим образом из внешнего мира, и более или менее быстро сменяющимися раздражениями, а также движением раздражения как в силу установившихся связей между следами бесчисленных прежних раздражений, так и устанавливающихся между новыми и старыми раздражениями». В условиях же той функциональной разобщенности, которая специфична для различных районов коры мозга, находящейся в состоянии внушенного сна, это взаимодействие всех частей больших полушарий друг с другом уже отсутствует.

Каковы особенности возникающего в этих условиях явления раппорта?

Зона раппорта – участок второй сигнальной системы усыпленного, продолжающий бодрствовать (вследствие того, что усыпление делалось словесным путем, т. е. через вторую сигнальную систему). Он представляет собой более или менее ограниченный очаг концентрированного раздражения, изолированный в силу отрицательной индукции от остальных районов коры, находящихся в состоянии сонного торможения. По этой причине в зоне раппорта замыкательная функция корковых клеток резко повышается. Это и обеспечивает возможность не только сохранения постоянного контакта между усыпившим и усыпленным, но и реализации словесных внушений. В случае распространения сонного торможения на зону раппорта связь с усыпленным теряется и внушенный (частичный) сон переходит в полный сон.

Следует отметить, что раппорт с усыпленным может быть изолированным (реагирование только на слова усыпившего) или же обобщенным (генерализованным), когда любой из присутствующих может вступить с усыпленным в речевой контакт. При изолированном раппорте у усыпленного иногда может создаваться комплексная условнорефлекторная связь с усыпившим, включающая не только звук его речи, но и тембр его голоса, интонации его речи и т. д. Путем соответствующего словесного внушения усыпившего это состояние изолированного раппорта может быть распространено на любое другое лицо (явление «передачи раппорта»).

Заметим, что, по данным В. Е. Рожнова (1959) и И. О. Нарбутовича (1959), изолированный раппорт сам по себе не возникает, он может создаваться лишь путем специального внушения. Вопрос этот подлежит дальнейшему изучению.

Условия сохраняющегося раппорта несколько аналогичны картине «сторожевого пункта» при обычном частичном сне. Однако, как мы знаем, «сторожевой пункт» только пробуждает спящего в нужный момент, как это видно, например, из экспериментальных исследований Б. Н. Бирмана (1925), в то время как в условиях раппорта, проявляющегося наиболее ярко во время гипноза, могут быть приводимы в действие различные физиологические механизмы как первой и второй сигнальных систем, так и подкорки. При этом осуществляется замыкательная функция коры мозга усыпленного, о чем говорят создаваемые словесным внушением усыпившего новые временные связи, как и вызываемые внушением разнообразные реакции. Вместе с тем в этих условиях усыпленный нередко весьма тонко и адекватно реагирует на речевые воздействия усыпившего, причем, как известно, все это происходит без нарушения внушенного сна.

Далее необходимо подчеркнуть, что зона раппорта в отличие от «сторожевого пункта» специфична именно как явление второсигнальное: она создается словами усыпления. Кроме того, имеется еще одно важное обстоятельство, отличающее зону раппорта от «сторожевого пункта». Дело в том, что зона раппорта не стабильна, а, наоборот, подвижна и динамична. При этом, будучи связана с одним определенным участком второй сигнальной системы усыпленного, на

который действовали слова усыпления, зона раппорта в дальнейшем может входить в связь то с одними, то с другими участками коры мозга, относящимися как ко второй, так и к первой сигнальной системе, что стоит в прямой зависимости от содержания тех речевых воздействий, какие будут при этом исходить от усыпившего. Это вовлечение в сферу деятельности зоны раппорта новых корковых участков, по-видимому, осуществляется путем направленного иррадиирования раздражительного процесса, вследствие чего эти участки, растормаживаясь, временно приходят в деятельное состояние.

Наконец, как мы уже отмечали, в условиях речевого контакта в гипнозе с усыпившим лицом, на особенности динамических структур, возникающих в зоне раппорта оказывают влияние не только слова усыпившего, но и его интонации, как и самые черты его личности.

Все это говорит о том, что явление раппорта и лежащая в его основе зона раппорта качественно отличны от элементарного «сторожевого пункта», столь часто возникающего в условиях естественного сна.

Вместе с тем явление раппорта представляет собой одно из наиболее ярких проявлений функциональной расчлененности второй сигнальной системы коры мозга на участки сна и бодрствования.

Естественно, возникает вопрос: в какой именно фазе переходного состояния находятся клетки коры мозга человека в условиях внушенного сна, если оказывается возможным вызывать у него словесным внушением самые разнообразные, простые и сложные физиологические реакции, что наблюдается, например, в сомнамбулической стадии внушенного сна?

Ф. П. Майоров (1950), основываясь на результатах своих исследований приходит к выводу что сомнамбулическая стадия гипноза характеризуется глубокой функциональной диссоциацией корковой деятельности, в основе которой лежит механизм отрицательной индукции с одной корковой функциональной системы на другие. Исходя из этого, он указывает, что сомнамбулическая стадия не обязательно является именно «глубокой фазой гипноза», как считали клиницисты.

Последние экспериментальные исследования В. Е. Рожнова (1959) показали, что в сомнамбулической стадии гипноза у усыпленного наблюдается разлитое по всей коре мозга умеренное торможение, не распространяющееся лишь на зону раппорта. Сохраняющаяся в гипнозе активность последней, как и явление амнезии, относящейся ко всему происходившему в гипнозе, подтверждает наличие в этом состоянии наиболее выраженной диссоциации корковой деятельности на сонную и бодрственную. Отсюда становится понятной возможность реализации в этом состоянии самых разнообразных внушенных явлений.

Следует отметить однако, что у сомнамбул и в бодрственном состоянии могут быть внушением вызваны различные парадоксальные реакции. Крайне легко может быть вызван у них и сам внушенный сон, главным образом с парадоксальной фазой торможения. Все это также должно явиться предметом дальнейших исследований.

Со своей стороны нам хотелось бы подчеркнуть существование некоторых оптимальных условий, при которых словесные внушения реализуются и закре-

пляются наиболее легко и прочно, вызывая самые разнообразные физиологические реакции. По-видимому, это может иметь место именно тогда, когда заторможенные корковые и подкорковые связи будут наиболее легко растормаживаться импульсами, исходящими из зоны раппорта, призванными избирательно приводить в деятельное состояние то одни, то другие из них (соответственно содержанию словесных внушений).

Однако у разных лиц могут быть свои, индивидуальные особенности, по-видимому, стоящие в зависимости от типовых особенностей их нервной системы. Так, у одних лиц такое оптимальное соотношение силы затормаживающего (слова усыпления) и растормаживающего (слова внушения) воздействий на корковую динамику, исходящих от усыпившего лица, будет иметь место лишь в условиях легкой готовности к глубокой функциональной диссоциации корковой деятельности, свойственной «сомнамбулической стадии» гипноза (что отвечает представлениям Ф. П. Майорова), в то время как у других оно может возникать уже при самых начальных признаках внушенного сна.

Даже в бодрственном состоянии (например, в случае сниженного тонуса коры мозга) возможна реализация внушений, на что в свое время обращал внимание В. М. Бехтеров.

Каковы же физиологические механизмы, определяющие собой степень гипнабильности? Какими путями вызывается у человека состояние внушенного сна?

Издавна известно, что степень гипнабильности разных людей различна, начиная от полного ее отсутствия у одних и вплоть до весьма быстрого развития глубокой сомнамбулической стадии у других. Исходя из концепции И. П. Павлова о физиологии высшей нервной деятельности человека, можно считать, что в основе полной негипнабильности, свойственной некоторым лицам, может лежать превалирование в их корковой динамике второй сигнальной системы над первой (мыслительный тип) при большой силе и уравновешенности основных корковых процессов. В основе же повышенной гипнабильности, по-видимому, может лежать превалирование первой сигнальной системы над второй (присущее художественному типу высшей нервной системы) с легким возникновением явлений взаимной индукции между деятельностями связанными со второй сигнальной системой.

В данном случае сильное императивное словесное воздействие усыпляющего оказывает на кору мозга усыпляемого двоякое прямо противоположное одно другому влияние. Оно ведет, во-первых, к образованию в его речедвигательной зоне стойкого очага концентрированного возбуждения (зона раппорта), а во-вторых, к одновременному индукционному снижению тонуса заторможенных районов коры мозга, т. е. способствует развитию во всех остальных ее районах все более углубляющегося разлитого сонного торможения.

В силу этого и возникает состояние глубокого и стойкого функционального расчленения коры мозга на бодрствующие и сонные отделы, характерное для состояния внушенного сна. Эта точка зрения полностью отвечает указаниям И. П. Павлова на то, что в основе внушаемости лежит слабость корковых клеток, приводящая к легкому переходу их в тормозное состояние, а отсюда к функциональному разоб-

щению нормальной объединенной работы всей коры.

Обнаруживаемая в последних исследованиях И. В. Стрельчука (1953) зависимость гипнабильности от степени тормозимости той сигнальной системы (первой или же второй), на которую направлены гипногенные раздражители, раскрывает также и другие стороны отмеченного выше механизма функционального расчленения коры мозга. У лиц художественного типа, по его данным, эти явления легче возникают при первичном воздействии на вторую сигнальную систему (путем словесного усыпления), у лиц мыслительного типа – на первую сигнальную систему (усыпление путем раздражения зрительного, слухового или тактильного анализатора), а у лиц средного типа–на обе сигнальные системы одновременно.

Далее, согласно указанию ряда авторов (В. М. Бехтерев, А. А. Токарский, Фогт, Г. Веттерстранд, Форель и многие другие), подтверждаемому и нашими наблюдениями, гипнабильность от сеанса к сеансу может возрастать. Исследуемые, оказавшиеся негипнабильными, в дальнейшем, путем ряда специальных приемов усыпления, могут постепенно приходить в гипнотическое состояние. Все это говорит о том, что готовность коры мозга к стойкому функциональному расчленению ее на бодрые и заторможенные участки оказывается тренируемой и что в основе процесса усыпления лежит механизм временных связей, упрочняющихся все более и более по мере их подкрепления. Далее известно, что удачное усыпление одного человека в присутствии другого, негипнабильного, способствует усыплению последнего по механизму подражательного рефлекса.

Напомним по этому поводу, что, как это экспериментально доказано В. Я. Кряжевым (1940) и М. П. Штодиным (1947) на собаках, условный рефлекс нередко образуется у животного самостоятельно только при одном присутствии его при процедуре образования условного рефлекса у другого животного.

Какие же особые черты высшей нервной деятельности могут быть специфичны для лиц, легко впадающих в сомнамбулическую стадию гипноза и легко дающих в этом состоянии различные внушенные реакции?

По В. М. Бехтереву (1898), эти лица отличаются от всех прочих людей тем, что они не в состоянии противодействовать внушениям, в силу чего при отсутствии «психического сопротивления» с их стороны внушение действует на них «с непреодолимой силой».

Давно известно что некоторые лица теряют свой сомнмбулизм причем их способность к сомнамбулическим реакциям, в том числе и готовность дать сонную реакцию, иногда по тем или иным причинам вдруг исчезает. В то же время другие исследуемые сохраняют эту способность с молодых лет до глубокой старости.

Наконец, необходимо отметить, что сомнамбулизм данного лица, ярко выраженный в отношении одного экспериментатора, в то же время может отсутствовать в отношении другого, причем эта «сомнамбулическая готовность», с установкой на одно какое-либо лицо, путем словесного внушения может быть перенесена на другое лицо. Иногда же она вообще имеет генерализованный характер. Таким образом, по-видимому, нет постоянного, абсолютного сомнамбулизма, а есть лишь свойство нервной системы отдельных лиц давать при определенных условиях сомнамбулические реакции, обусловленные повышенной готовностью коры их мозга к глубокому функциональному расчленению на участки сна и бодрствования.

Нас давно (1930) интересовал вопрос о типе высшей нервной деятельности, к которому могут принадлежать люди, легко впадающие в сомнамбулическую стадию. К разрешению этого вопроса ближе других подошел И. Е. Вольперт (1952). На основании своих наблюдений он пришел к выводу о том, что лица, легко впадающие в сомнамбулическую стадию гипноза, «принадлежат, как правило, к выраженному художественному типу высшей нервной деятельности». Наблюдения, проведенные в нашей лаборатории Е. С. Катковым, при массовых исследованиях внушаемости студентов театрального и музыкального техникумов, действительно подтверждают, что среди этого контингента оказывается относительно большее число лиц, у которых можно получить сомнамбулическую стадию. Таким образом, для лиц, легко дающих сомнамбулическую стадию, по-видимому, могут быть специфичны функциональное отставание и легкая тормозимость второй сигнальной системы, как и легкая возможность функционального разобщения ее от первой сигнальной системы.

Тем не менее вопрос о природе сомнамбулизма еще далек от разрешения. По-видимому, существенную помощь в анализе этого явления и выяснении вопроса о том, у каких именно людей в гипнозе могут возникать сомнамбулические реакции, может оказать лаборатория.

Путем каких же практических приемов человек может быть приводим в состояние внушенного сна? Таких приемов и лежащих в его основе физиологических механизмов два.

1. Внезапное сильное речевое воздействие, приводящее к почти мгновенно возникающему состоянию внушенного сна. В основе этого явления лежит механизм остро развившегося во второй сигнальной системе запредельного торможения, что и приводит обширные участки коры мозга в состояние сонного торможения, при сохранении речевого контакта с усыпившим (благодаря продолжающей бодрствовать зоне раппорта).

Это напоминает картину гипноза животных, при котором мозговые полушария охватываются торможением, развивающимся также по механизму запредельного охранительного торможения и приводящим животное к полной заторможенности их двигательной и сенсорной сферы, а вследствие этого и к временной утрате реакций на тактильные и болевые раздражения.

2. Воздействие многократно повторяющихся тихих, монотонных усыпляющих словесных раздражений, приводящее к постепенному развитию в коре мозга гипнотического состояния, охватывающего большие или меньшие ее участки. В этом случае в основе развития внушенного сна лежит механизм внутреннего, или условного торможения.

Как отмечает И. П. Павлов (1927), постоянно применяющийся способ приведения человека в состояние внушенного сна – это повторно произносимые в однообразном тоне слова, описывающие физиологические изменения, у всех нас прочно связанные с сонным торможением и потому его вызывающие. Гипнотизировать может все то, что в прошлом совпадало несколько раз с состоянием сна.

Нужно отметить, что большинство гипнотизирующих приемов тем скорее и вернее достигают цели, чем они чаще применяются. Таким образом, чем чаще повторяется гипнотизация, тем более повышается гипнабильность усыпляемого. В большинстве случаев это и наблюдается в действительности.

При повторном развитии внушенного сна последний может возникать уже условнорефлекторным путем под влиянием раздражителей первой сигнальной системы, которые до этого совпадали со словесным усыплением.

Так, некоторые из наших исследуемых, неоднократно приводившиеся в состояние внушенного сна словесным внушением, сопровождавшимся ударами метронома, впадали в это состояние уже при ожидании своей очереди в приемной, лишь услышав звуки метронома, доносившиеся из лабораторного кабинета. Таким образом, звук ритмичных ударов метронома, бывший до того для этих лиц индифферентным, становится условным раздражителем первой сигнальной системы, приводящим их в состояние внушенного сна, вызывавшегося до того речевой инструкцией: «Засыпайте!», «Спите!», т. е. раздражителями второй сигнальной системы. Другие исследуемые отмечают сонливость, возникающую у них, как только они входят в помещение, в котором до того неоднократно приводились в состояние внушенного сна. В этом случае сама окружающая обстановка вызывает у них условнорефлекторным путем развитие картины внушенного сна.

Приводим пример из наших прежних наблюдений (1930).

Исследуемая Ш., регулярно приходившая в лабораторию для сеансов внушения, после ряда таких посещений, как только ее укладывали на кушетку, тотчас же, задолго до усыпления, начинала впадать в дремотное состояние (что мы могли уловить по кривой дыхания в самом начале работы записывающего аппарата). В связи с тем что такого рода явление было нежелательным, приходилось прерывать его соответствующим словесным внушением: «Вам не хочется спать!», после чего дыхание становилось более глубоким и одновременно появлялись другие признаки бодрствования (рис. 7).

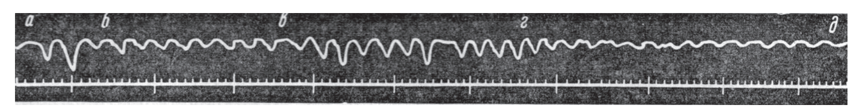


Рис. 7. Дыхание в бодрствующем состоянии (а-б), при самостоятельно развившемся дремотном состоянии (б-в), после пробуждения словами: «Вам спать не хочется!» (в-г) и после словесного усыпления (г-д).

Когда же однажды мы представили исследуемой Ш. возможность заснуть таким образом до начала исследования, то оказалось, что в этом самостоятельно развившемся под влиянием окружающей обстановки условнорефлекторном сне у нее сохранились все специфические особенности внушенного сна: реагирование на словесное воздействие, реализация внушенных состояний и пр.

То же явление наблюдал и наш сотрудник А. М. Цынкин (1930). И. О. Нарбутович (1933) сочетал слова, которыми внушалось усыпление, с действием метронома при частоте 58 ударов в минуту, а слова, которые пробуждали усыпленного,

– с действием метронома при частоте 200 ударов в минуту. Таким путем у усыпляемых он выработал соответствующие условнорефлекторные реакции. При частоте 58 ударов в минуту метроном вызывал у исследуемых состояние сна, а при 200 ударов в минуту эти лица пробуждались. Все это подтверждает слова Павлова о том, что гипнотическое состояние легко входит на основании одновременности во временную условную связь с многочисленными внешними агентами.

Следует отметить, что нередко приходится наблюдать неблагоприятное влияние на возникновение внушенного сна непривычных условий внешней среды: лица, быстро впадающие в состояние внушенного сна в привычных условиях, в новой, необычной для их первой сигнальной системы обстановке первое время засыпают медленнее и менее глубоко, а иногда их вначале совсем не удается усыпить. Наоборот, при частых усыплениях в обычной для них обстановке внушенный сон развивается быстрее.

Одного больного, долго не поддававшегося гипнотизации, нам удалось усыпить, дав ему в руки книгу для чтения, что он сам обычно делал дома, читая на ночь. Другой больной засыпал лишь после поглаживания его по спине. Оказалось, что в раннем детстве так именно усыпляла его мать.

Все это говорит о том, что внушенный сон развивается по механизму временных связей. .

Итак, для возникновения внушенного сна как особого физиологического состояния коры мозга, подобного, но не тождественного состоянию естественного сна, необходимы:

1) наличие у исследуемого положительного отношения к возможности усыпления;

2) легкая тормозимость коры мозга усыпляемого и ее готовность к функциональному расчленению на сонные и бодрствующие участки;

3) отсутствие каких-либо противодействующих этому причин;

4) исходящие от усыпляющего соответствующие гипногенные словесные внушения.

Подробнее об условиях развития внушенного сна см. примечание 1 (стр. 532).

Глубина внушенного сна.

Нас интересовал вопрос о возможности изменения словесным внушением степени интенсивности (глубины) внушенного сна. Для этой цели мы использовали слова соответствующего содержания: «Засыпайте глубже!», «Спите глубоко!», «Спите неглубоко!», «Находитесь в легкой дремоте» и т. д. При этом для определения глубины сна обычно применялись различные раздражители, вызывающие у исследуемого реакцию, характер которой мог быть так или иначе объективно зарегистрирован. Одни и те же раздражители вызывали различные по выраженности реакции в зависимости от содержания внушения, направленного на изменение глубины сна. Пневмограммы, приведенные на рис. 8 и 9, свидетельствуют о том, что путем словесного воздействия можно как углублять, так и ослаблять тормозное состояние коры мозга.

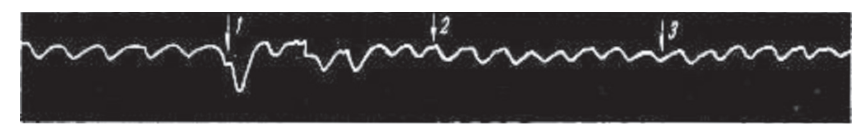


Рис. 8. Дыхание во внушенном сне. Кашель экспериментатора (1) вызвал изменение дыхания. После инструкции «Спать глубже!» (2) изменения дыхания на тот же раздражитель не наблюдалось (3).

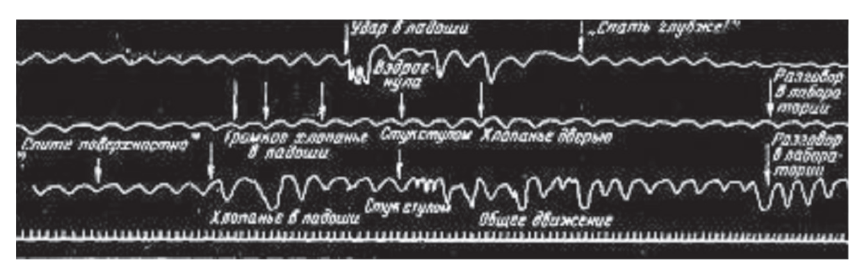


Рис. 9. Дыхание во внушенном сне. Внезапный сильный удар в ладоши над самым ухом усыпленной вызвал изменение дыхания и общее движение. После приказа «Спать глубже!» тот же раздражитель, как и ряд других, реакции не вызвал. После словесного внушения «Спите поверхностно!» те же раздражители снова вызывали реакции.

В какой мере состояние внушенного сна может быть углублено путем словесного воздействия, показывают наши исследования, относящиеся к 1928 г., в которых в качестве раздражителя применялся сильный удар металлическим молотком по большому листу (площадью 1,3Х1,5 м) кровельного железа.

На это раздражение исследуемая в бодрственном состоянии всегда давала весьма бурную дыхательную реакцию, сопровождавшуюся также повышением кровяного давления (на 15–20 мм). На рис. 10 видна эта дыхательная реакция. Она не могла быть произвольно задержана исследуемой даже в том случае, когда имело место соответствующее приказание: «При ударе молотком задержите дыхание!», как это и показывает правая часть кривой.

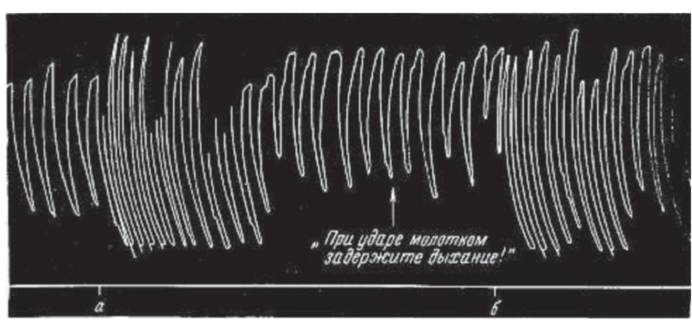


Рис. 10. Дыхательные реакции бодрствующей исследуемой на сверхсильные для нее звуковые раздражители (удары молотком по железному листу). *а* – удар нанесен внезапно; *б*—после инструкции; «При ударе молотком задержите дыхание».

Избрав для проверки степени глубины внушенного сна раздражении в форме удара молотком по железному щиту, мы в дальгейшем углубляли внушенный сон словами: «Спать глубже!», «Вы спите очень глубоко!». Каких-либо других внушений, так или иначе способствующих торможению слухового анализатора («Вы не слышите» и т. п.), в данном случае сознательно не делалось.

Усыпив исследуемую путем обычного приказа: «Засыпайте!», «Спать!» и убедившись по кривой дыхания в действительном наступлении внушенного сна, мы наносили сильный удар молотком по железному листу. Пробуждения это не вызывало, но реакция со стороны дыхания получалась довольно сильная (рис. 11). Однако она была слабее, чем в бодрственном состоянии. После дальнейшего углубления сна эти пробы давали более слабую реакцию и в конце концов раздражитель не стал вызывать изменений со стороны дыхания.

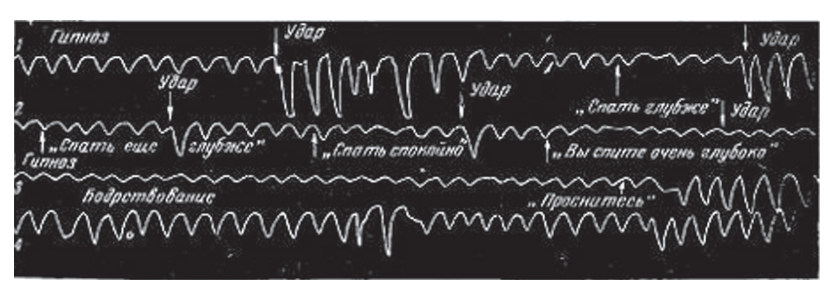


Рис. 11. Изменение словесным внушением глубины внушенного сна. Показателем глубины сна служила величина дыхательной реакции исследуемой на внезапные звуковые раздражения (удары молотком по железному листу). 1 и 3 – ослабление дыхательной реакции на удар по мере углубления внушенного сна; 3 – дыхание в условиях спокойного внушенного сна и пробуждения из него; 4 – дыхание в бодрственном состоянии.

Для исключения сомнения в возможности привыкания исследуемой к указанным раздражителям (удары по железному листу) было проведено контрольное исследование, состоявшее в том, что во время внушенного сна без каких бы то ни было словесных внушений мы нанесли несколько ударов молотком по тому же листу. Как показывает кривая, при каждом; таком ударе во все моменты раздражения реакция была одинаковой по силе (рис. 12).

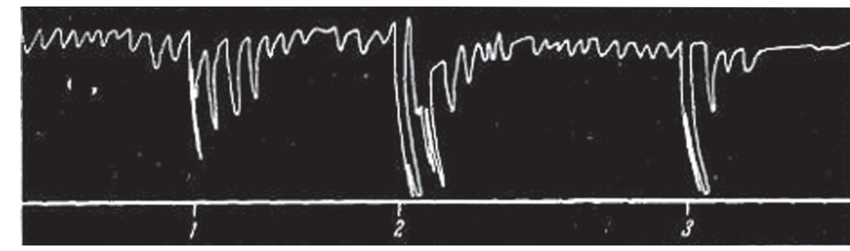


Рис. 12. Дыхание во внушенном сне при ряде одинаковых по силе внезапных звуковых раздражений. 1, 2 и 3 – удары молотком по железному листу.

В связи с этим возник вопрос, наступит ли у наблюдаемого лица внушенный глубокий и спокойный сон, если словесное внушение об этом будет сделано не на данное, а на будущее время.

Чтобы ответить на этот вопрос, исследуемой Ш. во внушенном сне было сделано внушение такого содержания: «Послезавтра, 8 декабря, вы придете в лабораторию, ляжете на кушетку, тотчас же заснете, будете спать крепким и глубоким сном, и ничто не будет вас пробуждать!». Это внушение реализовалось полностью: как только исследуемая через день пришла в лабораторию, она сама легла на кушетку и тотчас же заснула, обьективными признаками чего были соответствующие изменения дыхания и падение артериального давления. При этом на протяжении 45-минутного сна такие раздражения, как громыхание большого железного листа и удар по нему железным молотком, не вызывали тех реакций, которые возникали без соответствующего внушения.

Внушение неглубокого сна тотчас же привело к восстановлению всех указанных реакций на действие раздражителей (рис. 13). При повторном исследовании картина была такая же.

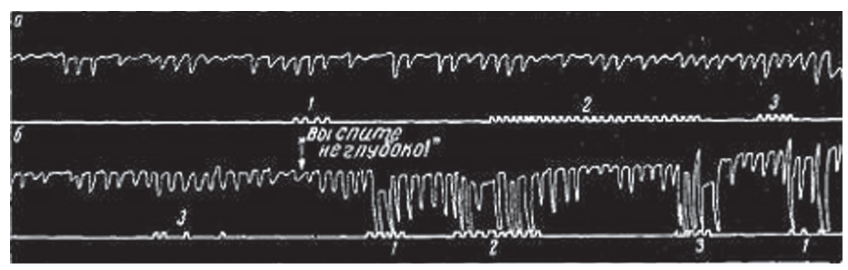


Рис. 13. Дыхание во внушенном сне в условиях глубокого сна, возникшего в результате сделанного ранее постгипнотического внушения (реакции на раздражения отсутствуют); о – после инструкции: «Вы спите неглубоко!». На различные раздражения возникает дыхательная реакция. 1 – кашель экспериментатора; 2 – громыхание листа железа; 3– удары молотком по железному листу.

Резюмируя данные этих исследований, нужно сказать, что, вызывая словесным воздействием состояние внушенного сна, в последнем путем соответствующих словесных внушений можно ослаблять заторможенное состояние коры мозга или, наоборот, усиливать его, объективным показателем чего могут служить реакции со стороны тех или иных отделов вегетативной нервной системы.

Еще более показательны исследования степени глубины внушенного сна, проведенные Ю. А. Поворинским и Н. Н. Трауготт (1936) по методу условных рефлексов, причем этим авторам удалось путем словесного внушения довольно тонко регулировать глубину внушенного сна, добиваясь проявления различных фаз сонного торможения – уравнительной, парадоксальной и ультрапарадоксальной. Если в наших исследованиях критерием углубления внушенного сна служили дыхательные реакции, то у данных авторов показателем были двигательные реакции.

Аналогичные результаты были получены при исследовании сомнабулической стадии: пользуясь словесным внушением, авторы изменяли интенсивность сонного торможения (в ту или другую сторону). При этом критерием служило состояние условных (мигательных) рефлексов: при внушении глубокого сонного торможения условные мигательные рефлексы исчезали, при внушении же неглубокого сна они у большинства исследуемых вновь проявлялись. Та же закономерность наблюдалась и в отношении безусловных мигательных рефлексов.

В последнее время аналогичные данные были получены А. И. Марениной (1952), которая применила для этого электроэнцефалографическое исследование. При изменении путем словесных внушений глубины внушенного сна возникали соответствующие изменения и в характере электроэнцефалограммы.

Все эти данные с несомненностью указывают на возможность управления глубиной внушенного сна, используя соответствующие внушения.

Объективные признаки внушенного сна.

Итак, мы убедились в том, что при определенных условиях словесное воздействие, примененное в форме императивной словесной инструкции: «Засыпайте!», «Спите!», действительно приводит кору мозга человека в состояние сонного торможения (внушенного сна), причем в ней остается бодрствующий пункт, обеспечивающий сохранение раппорта с усыпляющим. В этих условиях открывается возможность особенно эффективного воздействия на корковую динамику в виде словесного внушения того или иного содержания.

Для доказательства того, что в организме человека при этом происходят изменения, соответствующие содержанию слов усыпления, мы объективно регистрировали реакции со стороны вегетативной нервной системы. Особое значение мы придавали уровню артериального давления, так как ни в одном из классических трудов по гипнозу не было сколько-нибудь точных указаний на его состояние во внушенном сне.

Результаты исследований ряда авторов, опубликованные в прошлые годы, в этом отношении очень скудны и противоречивы. Так, по данным Ленка (Lenk, 1920), в гипнотическом сне артериальное давление повышается, из чего он делает вывод, что загипнотизированный находится в состоянии аффекта. По данным Дейча и Кауфа (Deutsch и Kauff, 1923), артериальное давление во время внушенного сна также повышается.

Нами было подмечено, что во внушенном сне артериальное давление оказывается не повышенным, а пониженным. Так, наш сотрудник А. М. Цынкин (1930) провел систематическое исследование у большого числа лиц (71 наблюдение у 26 исследуемых) артериального давления во внушенном сне. Данные автора показали, что в условиях внушенного сна оно было ниже, чем в бодрственном состоянии, причем у разных исследуемых степень падения его колебалась от 8 до 25 мм.

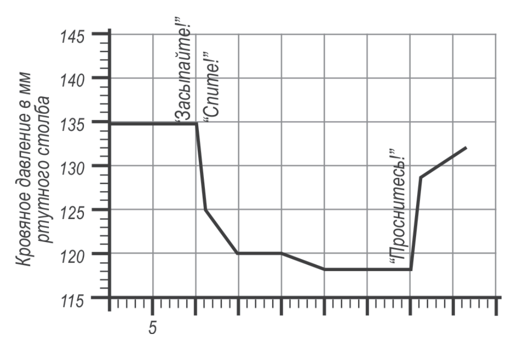


Рис. 14. Изменения уровня кровяного давления при погружении во внушенный сон и выходе из него.

Было отмечено также, что скорость падения артериального давления при переходе из бодрственного состояния в состояние внушенного сна и повышения давления при пробуждении находилась в прямой зависимости от скорости перехода усыпляемого из одного состояния в другое. Это явление оказалось вполне закономерным: когда бы мы ни исследовали артериальное давление, у любого исследуемого всегда наблюдалась такая картина (рис. 14).

Отметим, что А. М. Цынкин (1930) в сотрудничестве с К. К. Платоновым измерял артериальное давление и в естественном сне, в котором оно тоже оказывалось пониженным.

Далее нас интересовали реакции со стороны сосудистой системы, возникающие при переходе от бодрственного состояния в состояние внушенного сна. Как видно из плетизмограмм (записанных с помощью сфигмографа Ускова), при засыпании наблюдается понижение, а с пробуждением повышение сосудистого тонуса (рис. 15).

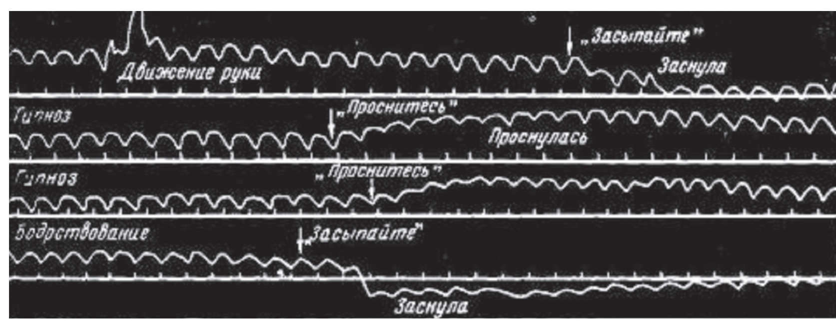


Рис. 15. Расширение сосудов при переходе во внушенный сон и сужение их при переходе в состояние бодрствования. Плетизмограммы записаны сфигмографом Ускова.



Рис. 16. Различная скорость наступления сна и пробуждения в зависимости от тока и формы словесного внушения. Плетизмограммы записаны сфигмографом Ускова

Следует отметить, что при этом вполне отчетливо сказывается также влияние самой формы и тона производимого врачом внушения. Так, энергично и коротко произнесенные слова: «Спать!», «Проснуться!» дают быстрое изменение уровня кривой, в то время как медленное, спокойное произнесение слова «про-сы-пай-тесь» вызывает соответствующую медленную реакцию со стороны сосудов (рис. 16). При этом уровень кривой после приказа: «Спать!» закономерно падает, в том время как после сигнала: «Проснитесь!» повышается.

Плетизмографические кривые полученные А. М. Цынкиным, также свидетельствуют о понижении сосудистого тонуса во внушенном сне. При этом, по данным Ю. А. Поворинского (1949,1953), плетизмограммы во время внушенного и естественного сна почти не отличаются друг от друга, причем в течение глубокого естественного, как и глубокого внушенного сна автор получал «нулевую кривую с четким рисунком дыхания, пульсации и достаточно большой амплитудой».

Относительно состояния дыхания и пульса в условиях внушенного сна единства мнения также не было. Результаты, полученные различными авторами, оказывались весьма разноречивыми.

Так, по Дейч и Кауфу (1923), пульс и дыхание при усыплении и во время внушенного сна учащаются, по Киршенбергу (Kirschenberg, 1925) – во внушенном сне замедляются, а по мнению других авторов [Бернгейм, Левенфельд, Кронфельд (Kronfeld)], каких-либо изменений в характере пульса и дыхания не происходит. По данным А. Ф. Лазурского и Э. А. Гизе, как ускорение пульса и дыхания, так и замедление их (наблюдения над 11 лицами) стоит в зависимости от глубины внушенного сна. Наконец, по мнению Брэда (1843), Ленка (1920), А. В. Гервера (1925), пульс и дыхание во внушенном сне ускоряются. Нужно думать, что такие противоречия в выводах могли быть обусловлены несовершенством применяемой ими методики исследования.

Как показали наши наблюдения «спокойной» методике усыпления при инструкции «Спать!», «Засыпайте!» наблюдается замедление пульса (на 8-12 ударов в минуту) и дыхания.

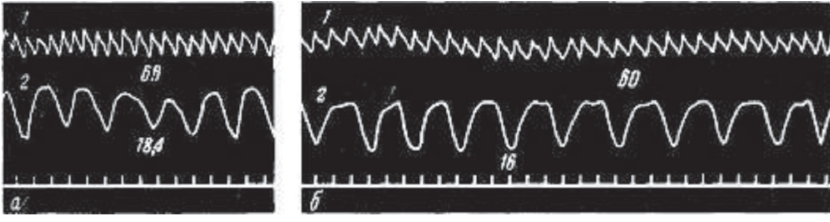


Рис. 17. Пульс (1) и дыхание (2) в состоянии бодрствования (а) и во внушенном сне (б). Цифры обозначают частоту пульса и дыхания в минуту.

Так, А. М. Цынкин (1930), исследуя пульс и дыхание у 24 человек (1930) в большинстве случаев во внушенном сне (67 исследований), пришел к выводу, что в состоянии глубокого внушенного сна пульс замедляется на 6-12 ударов в минуту, а при внушенном сне слабой и средней степени на 3-7 ударов в минуту.

Число дыханий у всех наблюдаемых им лиц также замедлялось на 3-6 в минуту (рис. 17), что находилось в зависимости от глубины внушенного сна. Замедление дыхательных экскурсий происходило за счет удлинения паузы между вдохом и выдохом. В этих условиях дыхание становилось более равномерным и в то же время в большей или меньшей степени поверхностным. Глубина дыхания, как показали измерения кривых, в среднем уменьшалась почти вдвое. Некоторое исключение составили двое наблюдаемых, у которых в момент усыпления отмечалось учащение дыхания (так же, как и пульса); потом оно, однако, замедлилось. Лишь в некоторых случаях частота его стала такой же, как и в бодрственном состоянии, при пониженном артериальном давлении. Кривая дыхания у этих исследуемых в бодрственном состоянии была не всегда ровной как по ритмике, так и по глубине. Во внушенном сне эти колебания исчезали.

Обратимся к рассмотрению данных, полученных нами в 1928 г. при электрокардиографической регистрации состояния сердечной деятельности наблюдаемых нами лиц. Приводим пример.

У исследуемой Ш., 42 лет, в бодрственном состоянии в положении лежа пульс был 62 удара в минуту, артериальное давление 135 мм рт. ст. Дается приказ «Засыпайте!» С этого момента пульс несколько учащается, причем если до того длительность одной сердечной волны была 0,97 секунды, то она стала равной 0,90 секунды. Однако после полного перехода в состояние внушенного сна длительность сердечной волны вернулась к ее прежнему значению – 0,97 секунды. В дальнейшем пульс стал замедляться: через 30 минут после усыпления – 60 ударов в минуту, на 40-й минуте –57 ударов в минуту, артериальное давление 125 мм. Пробуждение с полной амнезией.

Эти данные говорят о том, что если при переходе из бодрственного состояния в состояние внушенного сна пульс учащается, то во время, самого процесса усыпления он замедляется. По-видимому, это учащение нужно рассматривать как прямую реакцию непосредственно на самое внушение, в то время как состоянию внушенного сна как таковому отвечает замедление пульса, возникающее с момента начала развития сонного торможения и в дальнейшем выражающееся еще более резко.

У одной находившейся в нашей клинике больной базедовой болезнью в течение первых сеансов гипноза пульс замедлялся со 117 до 105 ударов в минуту, а при последующих – даже до 100 ударов (А. М. Цынкин и Ю. Б. Грунфест). И. М. Русецкий (1930), исследуя пульс и дыхание, также нашел, что переход в состояние внушенного сна ведет к замедлению ритма дыхания, быстро выравнивающегося по прекращении сна, в то время как пульс обнаруживает более стойкую и более заметную тенденцию к замедлению.

Сюда могут быть отнесены произведенные Г. Я Либерманом у 13 лиц исследования глазо-сердечного рефлекса, показавшие, что во время внушенного сна этот рефлекс усиливается почти вдвое, тогда как ортостатический сердечный рефлекс выражен в меньшей степени. При этом в положении лежа пульс во внушенном сне замедлен больше, чем в бодрственном состоянии.

Переходя к рассмотрению реакции со стороны дыхания, следует отметить,

что у ряда наблюдаемых нами лиц при переходе их в состояние внушенного сна наблюдалось не только замедление дыхания, но и изменение глубины дыхательных экскурсий, причем у большинства – в сторону их большей поверхностности.

Например, находившийся под нашим наблюдением исследуемый К, 28 лет, в прошлом алкоголик, засыпал быстро, под влиянием одного лишь словесного сигнала: «Спать!» На рис. 18 очень демонстративно показано возникающее при этом быстрое и резкое замедление дыхания. уплощение дыхательных волн, а также быстрый подъем их при противоположном сигнале: «Проснитесь!» На 20-й минуте внушенного сна дыхание у исследуемого К. оказалось замедленным.

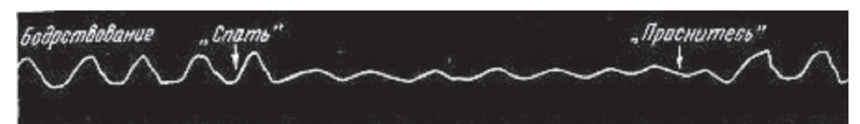


Рис. 18. Изменение дыхания при переходе во внушенный сон и в состояние бодрствования.

У исследуемой Ф., 27 лет, при 8-м исследовании, проведенном в сидячем положении, наблюдалась ясная картина обычного во внушенном сне выравнивания дыхательных волн и наряду с этим ослабление дыхания (по сравнению с дыханием в бодрственном состоянии). Верхняя кривая (рис. 19) иллюстрирует картину дыхания перед усыплением и в начале сна, а нижняя – в конце непрерывного длительного сна и по пробуждении. Пробуждена на 28-й минуте. Здесь, как и в первом случае, при переходе из одного состояния в другое особенно демонстративна быстрая смена реакций со стороны дыхания.

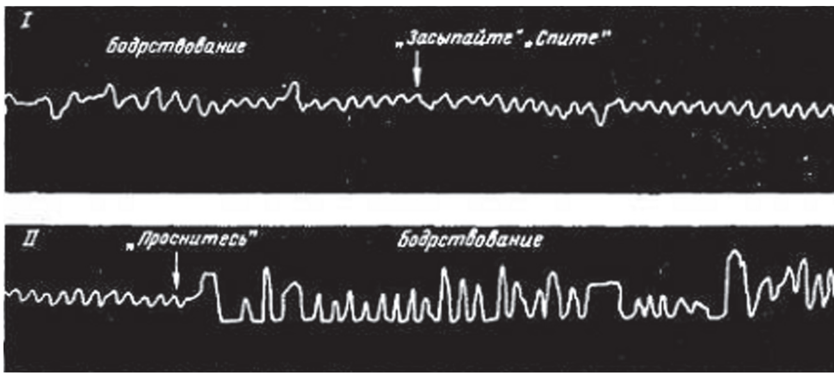


Рис. 19. Изменение дыхания при переходе во внушенный сон и в состояние бодрствования. / – в начале сеанса; // – в конце сеанса.

Это выравнивание дыхания, спокойствие и ритмичность его особенно отчетливо вырисовываются на пневмограммах, записанных в течение почти 11/2-часового внушенного сна при лежачем положении наблюдаемой (рис. 20).

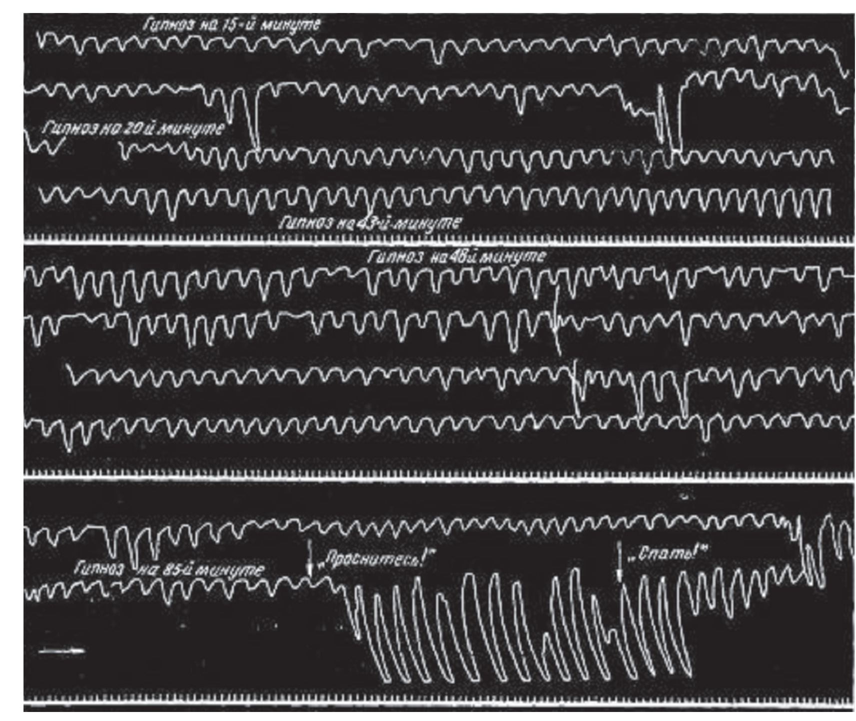


Рис. 20. Дыхание во внушенном сне, продолжавшемся $1^1/_2$ часа.

На протяжении всего этого времени дыхание оставалось поверхностным, на уровне выдоха, и в достаточной степени ритмичным. На кривой видны нарушения глубины дыхания и его ритма, обусловленные привходящими факторами – переменой положения тела, общими движениями, движениями головой, звуковыми раздражениями (случайное падение стула). В конце пневмограммы представлена картина дыхания в бодрственном состоянии. Видны изменения ритма дыхания, имевшие место при переходах из одного состояния в другое: наряду с изменением глубины дыхания отмечалось и замедление его.

Как пример выравнивания и замедления дыхания во время внушенного сна приводим наблюдение над больным Н. Дыхание в бодрственном состоянии у него оказалось крайне неравномерным. Во внушенном сне дыхание замедлилось (9 в минуту) и в значительной мере выравнялось (рис. 21).

Следует отметить, что быстрота изменения ритма дыхания происходит при этом параллельно быстроте засыпания что особенно заметно у наблюдаемой Ш. У других лиц, засыпавших не сразу, при постепенном развитии глубины внушенного сна изменения дыхательной кривой развивались также постепенно.

Итак, на основании довольно большого числа наблюдений, проведенных нами совместно с А. М. Цынкиным, можно принять, что во внушенном сне пульс

и дыхание, как правило, замедляются, причем дыхание в большинстве случаев становится не только ослабленным, но и более ритмичным, т. е. выравнивается, в то время как кровяное давление при этих условиях, как правило, падает.



Рис. 21. Дыхание во внушенном сне у больного аффективной эпилепсией.

Исследования Я. Л. Шрайбера (1948) также показали, что при длительном состоянии внушенного сна вегетативные показатели (пульс, кровяное давление, дыхание, потоотделение, уровень сахара в крови) падают, что происходит без каких-либо специальных внушений в этом направлении.

И. М. Виш (1959) получил аналогичные данные при исследовании сосудистых реакций и дыхания, причем те же явления были получены им даже после введения стрихнина.

Таким образом, реакции со стороны пульса, дыхания, кровяного давления и тонуса сосудов действительно могут служить объективными признаками наступившего сна, в частности внушенного. Особенно ценны в этом отношении изменения артериального давления.

Далее представляют интерес данные Р. Я. Шлифер (1930), полученные в нашей клинике у 6 лиц с регистрацией во внушенном сне реакции артериального давления на инъекцию адреналина. По этим данным, при введении под кожу 1 мл 1% раствора адреналина у 4 наблюдаемых возникала ваготоническая реакция, а у 2 реакции со стороны кровяного давления совсем не было в противоположность симпатикотонической реакции, имевшей место у всех них в бодрственном состоянии.

Аналогичные результаты были получены И. С. Сумбаевым, а за рубежом– Гейлихом и Гоффом (Heilig и Hoff). Исследуя состояние вегетативной нервной системы у лиц, находящихся в глубоком естественном сне, они обнаружили, что подкожное введение адреналина, вызывавшее значительное повышение артериального давления в состоянии бодрствования, в естественном сне приводило к незначительному его повышению или совершенно не меняло его. У 4 человек в глубоком внушенном сне инъекции адреналина также не вызывали повышения артериального давления.

Столь же показательны данные исследований И. М. Виша (1953), свидетельствующие, что подкожная инъекция лечебной дозы фенамина,сделанная во время внушенного сна, вызывает у больного понижение артериального давления и замедление сердечной деятельности.

По данным Ф. П. Майорова (1948), изменения двигательной хронаксии в неглубоком естественном сне сходны с изменениями, наступающими во внушенном сне.

К этим наблюдениям нужно добавить данные рентгенографических исследований, проведенных нами совместно с рентгенологами Т. Г. Осетинским (1927), Н. М. Бесчинской (1931) и В. А, Плотица (1950) в отношении мышечного тонуса желудка во время внушенного сна.

У 16 здоровых лиц после усыпления, как правило, отмечалось резкое понижение тонуса желудочной мускулатуры: желудок опускался ниже, чем в бодрственном состоянии, меняя при этом свою форму (рис. 22). Вместе с тем замедлялась и эвакуация бариевой массы.

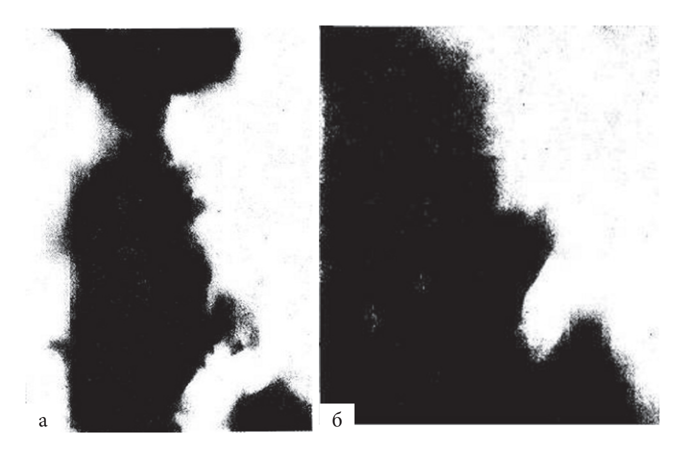


Рис. 22. Рентгенограмма желудка, а – в бодрственном состоянии; б – во внешенном сне.

Картина гипотонического состояния желудка наблюдалась в основном у всех наших исследуемых, причем эта гипотония всегда была выражена довольно резко.

Понижение тонуса наблюдалось и со стороны других органов. Так, особенно бросалось в глаза изменение экскурсии куполов диафрагмы. Амплитуда их колебаний становилась меньше, что, по-видимому, было обусловлено не только влиянием коркового сонного торможения на тонус самой диафрагмы, но и понижением дыхательной функции грудной клетки в целом.

По нашим данным (совместно с М. Л. Линецкими и А. К. Трошиным), в состоянии внушенного сна наблюдаются соответствующие изменения также со стороны выделения желудочного сока: секреция его резко уменьшается, а при более глубоком внушенном сне и полностью прекращается (при исследовании на тощий желудок).

О. Л. Гордон (1948), изучая у больной с фистулой желудка желудочную секрецию, установил, что в условиях внушенного сна возникает значительное сниже-

ние секреции. Как это выяснил Ф. И. Комаров (1953), в условиях обычного сна имеет место уменьшение и желудочной, и гепато-панкреатико-дуоденальной секреции. Таким образом, и в этом отношении явления во внушенном сне сходны с таковыми и в естественном сне.

Аналогичные результаты были получены Джонстоном и Васгеймом (Johnston a. Washeim, 1928). Их исследования показывают, что состояние внушенного сна приводит к временному торможению желудочной секреции, причем кривые общей кислотности и свободной соляной кислоты во время естественного и внушенного сна почти тождественны.

Исследования Глазера (Glaser, 1924), касающееся содержания ионов кальция в крови, показали, что как во время естественного сна, так и в условиях внушенного сна концентрация ионов кальция в крови падает пропорционально степени углубления сна.

Считаем необходимым (упомянуть также об исследованиях дерматолога А. И. Картамышева (1942) в отношении так называемого феномена Мюллера, заключающегося, как известно, в том, что после внутрикожного введения бодрствующему лицу незначительного количества молока (или раствора виноградного сахара, воды, воздуха и т. п.) наблюдается падение количества лейкоцитов в периферической крови. Ф. М. Мюллер считал, что это явление обусловлено болевым раздражением кожи, рефлекторно вызывающим раздражение блуждающего нерва, что и ведет к расширению сосудов в области n. splanchnici и увеличению в ней количества лейкоцитов, за счет чего в периферических сосудах их количество уменьшается.

Изучая механизм данного феномена у 22 больных с заболеванием кожи в (условиях внушенного сна и проделав 311 исследование, А. И. Картамышев установил, что при этом феномен Мюллера отсутствует. А. И. Картамышев пришел к выводу, что в феномене Мюллера имеет значение не болевое раздражение, которое он устранял соответствующим внушением, а само состояние глубокого внушенного сна, в котором делалась инъекция. У тех же больных по прекращении внушенного сна феномен Мюллера получался снова. Отсюда автор делает правильный вывод, что этот феномен может быть обусловлен сдвигами в состоянии вегетативной нервной системы, связанными с самим состоянием внушенного сна.

В 1927 г. нами совместно с А. В. Репревым была проделана проба кожно-гальванического рефлекса в бодрственном состоянии наблюдаемых и в состоянии внушенного сна, показавшая, что и с этой стороны могут быть получены объективные доказательства в пользу происходящих в организме изменений. Действительно, исследованиями, проделанными в последнее время Ю. А. Поворинским, установлено, что при действии снотворных, при самостоятельном засыпании или же при погружении во внушенный сон колебания кожно-гальванического рефлекса становятся незначительными и более или менее однообразными по своему характеру. Пробуждение же во всех случаях вызывает быстрое изменение характера этого рефлекса, сопровождающееся колебаниями его величины.

А. И. Маренина (1952 а) проводила гальванометрическое исследование потоотделения (по модифицированному ею методу Подерни) в условиях как естественного, так и внушенного сна. Она установила, что в обоих случаях при засыпании потоотделение уменьшается, доходя при глубоком сне до наиболее низкого уровня. Во внушенном сне секреция пота снижается тем больше, чем глубже состояние внушенного сна. По ее же данным, как во внушенном, так и в естественном сне характер электрической активности коры мозга совпадает (1952 б).

Н. Г. Безюк (1953), проводя у больных с кожными заболеваниями исследования электрической активности головного мозга, показал, что во внушенном сне происходит полное угасание альфа-ритма, или же уменьшение его частоты и амплитуды (по сравнению с бодрственным состоянием). При лобном отведении альфа-ритм исчезает быстро, одновременно с чем снижается частота и амплитуда бета-ритма. По пробуждении альфа-ритм появляется с большими амплитудами, учащается и бета-ритм. Через 8-10 секунд после пробуждения электрическая активность мозга приобретает характер, обычный для бодрственного состояния. Важно выяснить картину вегетативных реакций при различной глубине внушенного сна. Мы уже видели, что глубина внушенного сна не остается без влияния на глубину дыхания. Так, на рис. 9 и 11 нами были приведены кривые, полученные при углублении внушенного сна путем соответствующего словесного внушения, причем параллельно с другими объективными признаками углубления сна имело место также уплощение дыхательной кривой.

Аналогичная картина отмечалась, когда сон исследумой Ш. был неглубок. Глубина дыхания уменьшалась у нее в среднем веего лишь вдвое (рис. 23). На этот раз исследуемая Ш., всегда засыпавшая быстро и быстро впадавшая в состояние глубокого сна, спала неглубоко. По ее заявлению, она лишь «глубоко дремала» и иногда даже смутно улавливала все происходившее в лаборатории. При этом и артериальное давление у нее упало на 5, а не на 10 делений, как это наблюдалось, при глубоком внушенном сне.

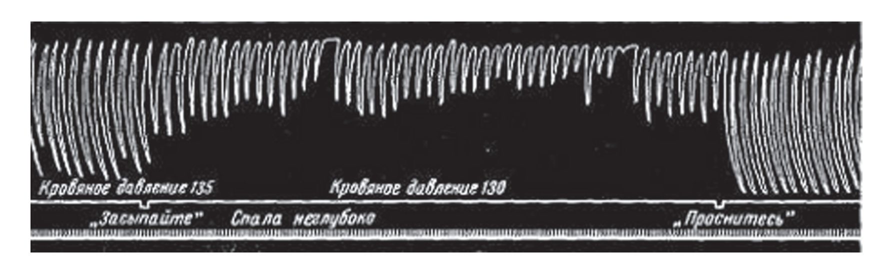


Рис. 23. Дыхание в условиях поверхностного внушенного сна.

По-видимому, степень падения артериального давления действительно могла служить объективным критерием глубины сна. Так, в ряде случаев с полной очевидностью проявлялся параллелизм этих явлений: чем ниже при процессе развития сна падало артериальное давление, тем поверхностнее было и дыхание (независимо от способа усыпления). В пользу наличия постоянной связи между глубиной сна и глубиной дыхания могла говорить также постепенность уменьшения амплитуды кривой дыхания в период засыпания. Таким образом, кривая

дыхания может служить также показателем скорости засыпания. Более детальные исследования А. М. Цынкина (1930) подтверждают, что артериальное давление и глубина дыхания находятся в обратном отношении к глубине внушенного сна. При этом чем медленнее происходит засыпание, тем медленее падает артериальное давление.

На основании этих данных мы с полной уверенностью можем говорить о том, что с (углублением внушенного сна дыхание и пульс замедляются, причем у большинства наблюдаемых лиц дыхание становится более поверхностным. Однако могут быть индивидуальные отступления от этого общего положения, что отмечается, как известно, и во время естественного сна, когда с углублением сна может встречаться даже своеобразный чейн-стоксоподобный тип дыхания.

Особенно отчетливо иллюстрируют сказанное, кривые дыхания исследуемого М., 45 лет (рис. 24). Из них видно, что до усыпления дыхание у исследуемого М. было довольно глубоким. По мере внушения более глубокого сна глубина дыхания постепенно уменьшалась. Чрезвычайно интересна в данном случае картина изменения высоты дыхательных волн, относящаяся к моменту словесного внушения: «Спите, как ночью!», что, по-видимому, явилось условнорефлекторным воспроизведением картины перехода к режиму дыхания, возникающего во время естественного ночного сна.

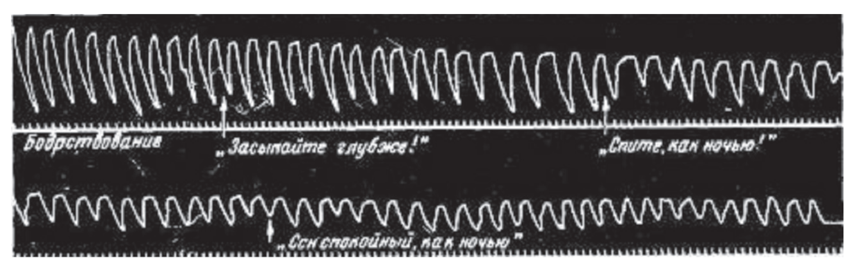


Рис. 24. Дыхание медленно засыпающего исследуемого. Наиболее заметное изменение дыхания произошло после сделанного внушения: «Спите, как ночью!».

Подметив это явление и зная, что исследуемый, будучи охотником, привык просыпаться на рассвете, мы сделали ему соответствующее внушение: «Вы спите, как на рассвете!». Если присмотреться к пневмограмме (рис. 25), можно подметить известные изменения в глубине дыхания: оно сделалось менее поверхностным.

О возможности такой именно условнорефлекторной связи говорит следующее наблюдение, сделанное нами совместно с А. Н. Мацкевич: стремясь приблизить условия внушенного сна к состоянию естественного ночного сна, мы сделали исследуемой Ш., погруженной в гипнотический сон, внушение: «Теперь 3 часа ночи, и вы спите так же крепко, как в этот ночной час!» Мы тотчас же заметили, что артериальное давление упало на 10 мм больше против обычного его падения во внушенном сне. Таким образом, как в данном, так и в предыдущем случаях возник условный сонный рефлекс на определенное время ночи.

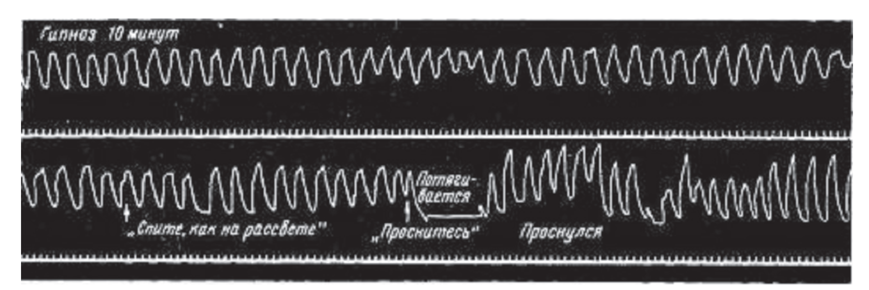


Рис. 25. Изменение дыхания при переходе сна в более поверхностный после сделанного внушения: «Спите, как на рассвете!».

Из всего этого следует, что картина изменений со стороны ряда вегетативных показателей, имеющая место при переходе в состояние внушенного сна, с углублением этого сна претерпевает аналогичные дальнейшие изменения, параллельные изменению глубины внушенного сна.

Нам кажется, что приведенные данные вполне достаточны для утверждения, что переход в состояние внушенного сна влечет за собой картину общего вегетативного сдвига в сторону ваготонии, тем более, что в этих условиях наблюдаются и другие симптомы этого сдвига – сужение зрачков, гипотония поперечнополосатой мускулатуры, мягкого неба и т. п. (рис. 26), а также желудочной мускулатуры (рис. 22б).



Рис. 26. Дыхание в глубоком внушенном сне.

Рассмотрим явления и состояния, в равной мере связанные как с естественным, так и с внушенным сном. Из повседневных наблюдений хорошо известно, что спящий может реагировать на некоторые внешние раздражения, причем глубину его сна обычно принято определять именно по величине реакции его на раздражения той или иной силы. Таким образом, спящий не теряет связи с внешним миром и так или иначе реагирует на раздражения. В противном случае его невозможно было бы вывести из глубокого сна, пока он сам не проснется. В связи с этим представлял интерес вопрос о возможности таких же реакций и у лиц, находящихся во внушенном сне.

В поставленных для этой цели ориентировочных исследованиях мы пользовались различного рода раздражителями, усыпляя исследуемого лишь приказом: «Засыпайте!», «Спите!», т. е. без каких бы то ни было других внушений, могущих

повлиять на глубину сна или на характер возникающих в организме реакций. При этом мы применяли звуковые раздражители небольшой интенсивности. Все это не вызывало изменения кривой дыхания у наблюдаемого нами лица, находящегося в состоянии внушенного сна. Но более сильные звуковые раздражения, в виде хлопанья в ладоши над самым ухом или сильного стука, не пробуждая спящего, уже вызывали реакцию со стороны его дыхания (рис. 9).

Так, у исследуемой Ш. в состоянии внушенного сна при изменившемся дыхании и пульсе, падении артериального давления на 10 делений и постгипнотической амнезии, т. е. при всех объективных признаках внушенного сна, реакции на звуковые раздражители определенной силы со стороны дыхания и кровяного давления сохранились, что наблюдалось нами и у других лиц. Таким образом, с этой стороны в условиях внушенного сна мы видели то же, что и в условиях естественного сна.

Далее многие авторы отмечают, что лица, находящиеся в состоянии внушенного сна, иногда видят сновидения. Нам и нашим сотрудникам это явление нередко приходилось наблюдать, причем возникновение сновидения не нарушало установившегося изолированного раппорта, т. е. реагирования только на слова усыпившего.

Так, сновидение исследуемого М., имевшее место во время внушенного сна, сопровождалось нарушением характера дыхания и его ритма (рис. 25). Так как исследуемый М. после пробуждения не мог воспроизвести содержание виденного им сновидения, нами было сделано повторное легкое усыпление, в котором путем словесного отчета было вскрыто содержание этого сновидения: исследуемый М. видел летящих вальдшнепов (он любитель-охотник и беседа о вальдшнепах имела место часа за три до начала исследования).

Надо сказать, что старым гипнологам путем различного рода раздражений, наносимых на периферические рецепторы, удавалось искусственно вызывать в состоянии гипноза сновидения. У многих исследуемых нам также удавалось вызывать сновидения в состоянии внушенного сна искусственно, например путем звуковых раздражений, сдавливания конечностей, давления в области надплечий, путем кругового проведения тупым предметом по кожной поверхности и т. п. При этом у каждого из исследуемых развивалось сновидение соответствующего содержания, о чем можно было судить как но внешним реакциям во время внушенного сна, так и по рассказам самих исследуемых после пробуждения. Иногда они делились с нами содержанием своих сновидений без соответствующих наводящих вопросов. Таким же способом, без внушения их содержания, сновидения вызывались А. К. Ленцем (1927), а в последнее время, по более усовершенствованной методике И.Е.Вольпертом (1952).

Приводим случай, сообщенный нашим сотрудником С. М. Неймером, когда сновидение было обусловлено звуковым раздражителем. Работая на Горловском руднике и проводя психотерапию больной, страдавшей тяжелым неврозом, автор однажды усыпил ее в амбулатории рудника. Во время гипнотического сна в соседнем дворе раздался сильный гудок, за ним другой. Во время второго гудка больная, не открывая глаз, вздрогнула и привстала, воскликнув: «Ой, боже!»

Соответствующим словесным внушением она была успокоена. При этом путем расспроса, проведенного во внушенном сне, было выяснено, что во время первого гудка больной приснилось, что она находится на железнодорожной станции и выходит из вагона на платформу, а во время второго гудка, – что она попадает под приближающийся по соседнему пути паровоз.

Как известно, генетическая связь между содержанием сновидения и внешними раздражителями (всех органов чувств) установлена многими исследователями – Мори (Mогу), Санте де Санктис (Sante de Sanctis), Грегори (Gregory) и др.1. Поэтому на кору мозга спящего можно воздействовать словесным раздражением во время естественного сна, предопределяя таким путем содержание сновидения и его характер.

Имеются указания, что в некоторых случаях внушения можно производить также в естественном сне, причем они реализуются после пробуждения [Дж. Джексон, 1926; Шильдер (Schilder), 1928; Шульц (Schultz), I1925]. Нужно сказать, что у людей, привычных к гипнозу, во время их естественного сна можно вызвать те же реакции на слова исследующего, что и во время внушенного сна. О таком сохранении раппорта в естественном сне, отмечаемом старыми гипнологами, говорят и наши наблюдения.

Так, в нашей клинике больной в условиях гипносуггестивной терапии исполнял в ночном сне внушения лечившего его врача (наблюдение П. Л. Крючковича). Некоторые гипнологи, например Веттерстранд (1893), производили внушения также в естественном сне.

Один из наших исследуемых К, 63 лет, обратил наше внимание на следующее весьма часто наблюдавшееся им явление: ему нередко приходилось засыпать в кругу своей семьи, когда жена читала детям вслух. Мало интересуясь чтением, он всегда засыпал в начале чтения и спал, обычно с храпом, 30–40 минут. Если во время его сна чтение продолжалось, то все прочитаное им усваивалось.

Есть основание думать, что в данном случае возникла условнорефлекторная связь при переходном (фазовом) состоянии коры мозга (в порядке «естественного раппорта»). Подобного рода явления не должны игнорироваться. Более того, основываясь на этих данных, мы должны предостеречь взрослых от громких бесед в комнате, где спят дети, так как спящие не лишены способности восприятия во сне, как это имело место у описанного нами исследуемого.

Далее, как отмечается многими авторами, во время длительного пребывания во внушенном сне у исследуемого нередко появляются двигательные реакции, как в обычном сне (вздохи, перемена положения тела, похрапывание, различного рода голосовые реакции и пр.), обусловливаемые, очевидно, раздражителями эндо- или экзогенного порядка. Дневной внушенный сон сопровождается большим количеством двигательных реакций, чем ночной, что может быть поставлено в связь с большей глубиной торможения во время ночного сна.

Иллюстрацией может служить следующее наше наблюдение интересное и в других отношениях. Исследуемая Ш. свыше 2 часов находилась в состоянии внушенного сна. Она спокойно спала, изредка делая небольшие движения головой или конечностями, меняя положение. Но затем, на исходе последнего получаса,

сон ее стал неспокойным, что выражалось в частых движениях головы из стороны в сторону, вздохах, гортанных звуках и т. п. Мы предполагали, что исследуемая видит неприятное сновидение, и задали ей вопрос: «Что тревожит вас?» Она ответила: «Боюсь опоздать на поезд». Из дальнейших вопросов выяснилось, что она должна была возвратиться в поселок, куда поезд отходит в 1 час 20 минут, но уже за час до этого она стала беспокойно спать.

На данном примере мы видим, что во внушенном сне возможна мотивировка реакций, как и в естественном сне, с готовностью реагировать в определенном направлении (независимо от наличия раппорта с усыпившим).

Необходимо указать на многие другие явления, с которыми также приходится часто встречаться. Это – привычные реакции при пробуждении, которые наблюдаются во время выхода из естественного ночного (или дневного) сна и из внушенного сна: трудность пробуждения, потягивание, протирание глаз, потирание лица руками, кашель, легкое головокружение и т. п. По заявлениям самих усыпляемых и близких им людей, все эти явления привычны им при их утреннем пробуждении. Так, мы имели случай особенно трудного выведения усыпленного из внушенного сна, которое продолжалось в течение 10-15 минут. Как оказалось, этого человека дома будят по утрам также с большим трудом.

То же нужно сказать о привычных условиях засыпания, обычно способствующих гипнотизации. Одного алкоголика нам долго не удавалось усыпить. Наконец, приняв во внимание его привычку засыпать (на ночь) при чтении книги, мы дали ему книгу и предложили начать читать про себя. После нескольких наших слов усыпления книга выпала из его рук, и он заснул.

Наконец, нужно отметить также, что для скорейшего развития внушенного сна к нему желательно прибегать в конце дня, когда под влиянием утомления тонус коры головного мозга оказывается более или менее сниженным и поэтому иррадиация торможения по всей коре мозга происходит значительно легче. Наряду с этим и поза, привычная при засыпании естественным сном, также облегчает успех приведения в состояние внушенного сна. В силу этого мы пользуемся привычной позой сна как сонным условно-рефлекторным комплексным раздражителем.

Чем же отличается внушенный сон от сна естественного?

Различия весьма существенны и заключаются, по-видимому, в следующем:

1. Для внушенного сна, являющегося, как правило, сном парциальным, гипнотическим, специфично переходное, фазовое состояние торможения корковых клеток и наличие создаваемого словесными внушениями очага концентрированного возбуждения (зона раппорта), сохраняющегося в течение всего периода внушенного сна. В силу этого во внушенном сне отмечаются наличие раппорта, обеспечивающего возможность непрерывного речевого контакта между усыпляющим и усыпленным, и наличие повышенной внушаемости. Все это и составляет необходимые условия для успешного осуществления словесного внушающего воздействия.

2. В отличие от естественного сна в основе развития внушенного сна лежит процесс функционального расчленения коры мозга на отделы сна и бодрствования, особенно выраженного в его сомнамбулической стадии. Усыпляющее словесное воздействие, ведя к образовании в ничейном участке коры мозга очага концентрированного возбуждения, выполняющего в этих условиях весьма важную роль бодрствующей зоны раппорта, одновременно создает диаметрально противоположный этому процесс иррадиации сонного торможения на все прочие районы коры.

3. Такое концентрированное возбуждение ограниченного участка коры мозга при слабой коре, слабом и низком тонусе порождает сильную отрицательную индукцию, которая изолирует этот активный возбужденный участок коры от всех других влияний. Это и составляет основу физиологического механизма повышенной внушаемости, столь специфичной для состояния внушенного сна.

Повышенной внушаемости в этих условиях содействует также и то, что заторможенные корковые районы в свою очередь положительно индуцируют продолжающую бодрствовать зону раппорта, еще более усиливая ее возбуждение, а тем самым и ее разобщенность от всех прочих заторможенных районов коры.

4. Если глубина естественного сна зависит от определенных условий соматического состояния организма и потому управлять ею мы не можем, то глубиной внушенного сна мы можем управлять. Раздражение бодрствующего участка коры мозга, каким является зона раппорта, производимое словами, внушающими усыпление, при каждом их повторении ведет к дальнейшему усилению процесса функционального расчленения коры мозга. Между тем то же раздражение, но оказываемое словами пробуждения, наоборот, ведет к снижению концентрированного возбуждения в зоне раппорта, а вместе с тем и к ослаблению силы сонного торможения в других ее районах, т. е. способствует ослаблению внушенного сна. Это и дает возможность управлять глубиной внушенного сна, а также полностью прекращать его в любой момент по желанию усыпившего.

5. При определенных условиях внушенный сон может быть искусственно вызываем в любое время бодрствования именно путем словесного усыпления. Его возникновение не связано с утомлением (истощением) корковых клеток, как и с потребностью организма во сне.

6. Используя то, что кора мозга является «распорядителем и распределителем всей деятельности организма» и в силу этого «держит в своем ведении все явления, происходящие в теле», мы можем через бодрствующую во внушенном сне ее зону раппорта воздействовать на все функции организма. В условиях естественного сна мы этой возможности, конечно, не имеем.

Все это составляет важные особенности физиологического состояния внушенного сна, отличающие его от сна естественного.

ГЛАВА IV

ВЛИЯНИЕ СЛОВЕСНОГО ВНУШЕНИЯ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ОБЩИЙ ХАРАКТЕР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОРЫ МОЗГА ВО ВНУШЕННОМ СНЕ

...Объясняется это тем, что тонус коры, т. е. процесс возбуждения, которым располагает вся кора, такой слабый, что раз он концентрируется на одном раздражителе, то на другом месте ничего не остается и поэтому все другие раздражители никакого действия не производят.

И. П. Павлов

Если в условиях естественного сна те или иные проявления высшей нервной деятельности, вообще говоря, весьма ограничены, а изучение их встречает значительные технические трудности, то в состоянии внушенного сна картина корковой деятельности может приобретать достаточно большую сложность и многообразие, и изучение ее, несомненно, представляет большой интерес.

Итак, мы видим, что природа обоих физиологических состояний – естественного сна и сна внушенного – едина. В основе их лежит сонное торможение.

Так как внушенный сон представляет состояние неполного сна (сна частичного с сохраняющейся зоной раппорта), должен быть разрешен вопрос о том, является ли оно, действительно, состоянием «отдыха», «покоя» корковых клеток, состоянием полезной для организма пониженной деятельности коры головного мозга, восстанавливающей ее работоспособность.

В поисках ответа на этот вопрос мы проследили влияние внушенного сна на анализ и синтез, осуществляемые нервной системой, а также на процессы восстановления. С этой целью А. Н. Мацкевич (1930) было проведено экспериментально-психологическое исследование. Было установлено, что после 20-минутного внушенного сна наблюдается усиление процессов, связанных с аналитико-синтетической деятельностью. Как показали специальные исследования М. Н. Ксенократова (1935) гипнотическое состояние «приводит к послегипнотическому выравниванию и улучшению внимания», т. е. к улучшению процессов концентрации возбуждения и торможения в коре мозга.

По данным А. Н. Мацкевич, время, затрачиваемое на ассоциативный эксперимент, после длительного внушенного сна сокращается, а продуктивность работы повышается (проверено у 11 наблюдаемых). Все это позволяет сделать вывод, что длительное пребывание во внушенном сне действительно ведет к восстановлению ослабленных предшествующей работой функций центральной нервной системы.

М. М. Сусловой (1956) было проведено более обстоятельное исследование влияния глубокого и неглубокого внушенного сна на работоспособность коры головного мозга во время внушенного сна и после него. Глубина сна определялась по состоянию защитных мигательных рефлексов. Было показано, что у всех находившихся под наблюдением(6 человек, по 10–15 исследований у каждого) после глубокого внушенного сна работоспособность в постгипнотическом состоянии была выше, чем до сна. После же неглубокого внушенного сна работоспособность повышалась не столь значительно. В обоих случаях положительно влияла не только интенсивность внушенного сна, но и его продолжительность.

Далее специальные исследования, проведенные нами совместно с А. Н. Мацкевич (11931), показали, что перевод наблюдаемого на некоторое время (на 10 или 20 минут) в состояние внушенного сна способствует восстановлению функций нервной системы, сниженных алкогольной интоксикацией (рис. 27).

На приведенных диаграммах представлены данные двух исследований, в которых критерием состояния корковой аналитико-синтетической деятельности служили: количество правильных ответных речевых реакций в процентах (прямая линия), общее количество ответных речевых реакций за 3 минуты (пунктирная линия) и скрытый период речевой реакции (линия 3).

При первом сеансе (25/VI 1929 г.), после предварительного определения состояния указанных функций в норме (ордината а), исследуемая Д., 38 лет, выпила 150 мл портвейна, после чего через 6 минут указанные определения были произведены вновь. Произошло резкое снижение всех показателей (ордината б). Те же определения, выполненные после 20-минутного пребывания исследуемой в состоянии внушенного сна, в который она была погружена словами «засыпайте», «спите глубоко», показали полное восстановление функций до их исходного нормального значения (ордината в).

При втором исследовании (26/VI 1929 г.) исследуемая находилась после приема той же дозы алкоголя в бодрственном состоянии в течение 20 минут, и только на 21-й минуте была погружена на 10 минут в состояние внушенного сна. В данном случае состояние тех же функций определяли в начале исследования, т. е. до приема алкоголя (ордината а), через 6 минут после приема его (ордината б), затем через 21 минуту (ордината г) и, наконец, после 10-минутного внушенного сна (ордината д). Следует подчеркнуть, что, кроме слов усыпления «засыпайте», «спите глубоко», никаких иных внушений, которые могли бы повлиять на состо-

яние высшей нервной деятельности исследуемой, как и во время первого исследования, не производилось.

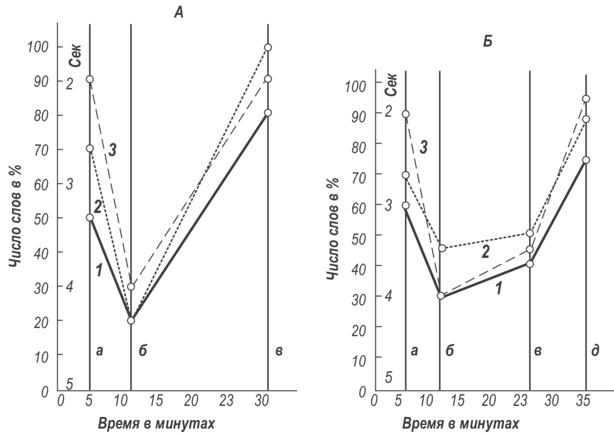


Рис. 27. Восстановление во внушенном сне высшей нервной деятельности, нарушенной приемом спиртных напитков. *А* – первое исследование; *Б* – второе исследование. На оси абсцисс – время в минутах, на оси ординат – количество правильных речевых репродукций в процентах, общее количество речевых репродукций за 3 минуты, скрытый период реакции в секундах. Ордината *а* – состояние в норме, ордината 6 – состояние через 6 минут после приема внутрь 150 мл портвейна (20°), ордината *в* – состояние через 20 минут после наступления внушенного сна; ордина *г* – состояние через 20 минут после приема спиртных напитков; ордината д – состояние через 10 минут после наступления внушенного сна. 1 – кривая количества правильных речевых репродукций в процентах; 2 – кривая количества речевых ответов за 3 минуты; *3* – кривая скрытого периода речевой реакции.

На обеих диаграммах отчетливо виден результат возникшего алкогольного опьянения и последующего кратковременного пребывания исследуемой во внушенном сне: наблюдалось восстановление и даже некоторое улучшение аналитико-синтетической деятельности.

Аналогичные результаты в тех же условиях были получены нами, а также и совместно с М. С. Лебединским (1941). В последующие годы И. М. Вищем (1958) было показано, что чем глубже внушенный сон, тем лучше восстанавливается сниженная алкоголем интеллектуальная деятельность.

Таким образом, мы видим, что пребывание человека в состоянии внушенного сна способствует более быстрой нейтрализации действия алкоголя. Такой вывод не является неожиданным, так как известно, что даже кратковременный естественный сон может приводить к ослаблению алкогольного опьянения значительно быстрее, чем это происходит в состоянии бодрствования. Напомним аналогичные данные Р. Я. Шлифер, вызывавшей во внушенном сне снижение артериального давления, повышенного путем инъекции адреналина, а также данные И. М. Виша, наблюдавшего такое же явление при инъекции фенамина (стр. 60).

Дальнейшие исследования, проведенные нами в этом направлении (1932), показали, что одноминутный перерыв в работе, осуществленный в условиях внушенного сна, почти в 2 раза быстрее восстанавливает работоспособность мышц, утомленных почти до отказа подъемом груза весом 4 кг (на эргографе Моссо), чем перерыв такой же длительности в состоянии бодрствования (рис. 28).

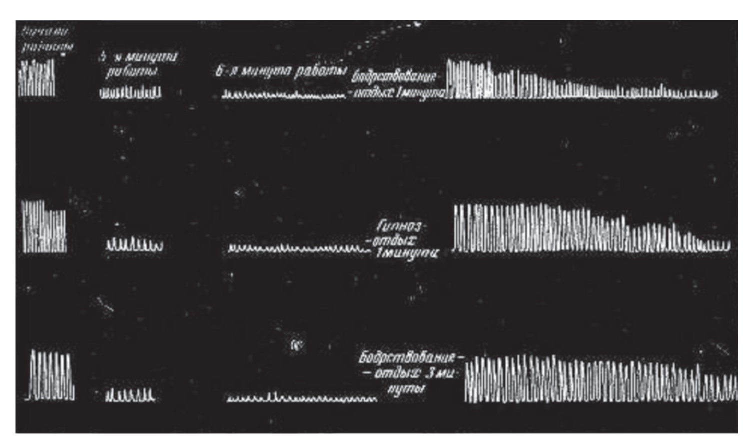


Рис. 28. Различная работоспособность, восстановленная одинаковым по времени отдыхом в состоянии бодрствования и гипноза. Мышечные сокращения записаны эргографом Моссо.

Проведенные нами совместно с М. Е. Майстровой (1932) исследования, касающиеся восстановления легочной вентиляции после определенной физической работы, показали, что во внушенном сне это происходит вдвое быстрее, чем при бодрствовании (после той же работы и в тот же период).

В. И. Здравомыслов (1938) показал положительное влияние внушенного сна на сократительную деятельность матки, что, по-видимому, является результатом положительного индуцирования подкорковой деятельности

Итак, резюмируя сказанное как здесь, так и в предыдущей главе, нужно признать, что если под влиянием слов «засыпайте», «спать» в коре мозга человека развивается сонное торможение, то в его вегетативной нервной системе возникают изменения в сторону ваготонии. Важным является то обстоятельство, что соответствующим внушением мы можем репулировать также глубину создаваемого таким путем внушенного сна. Эта особенность в различных случаях должна быть целесообразно использована практически.

Так, каждую дачу снотворного следует сопровождать словами усыпляющего содержания, усиливая этим действие снотворного, а иногда и придавая индифферентному веществу усыпляющее действие. Наркотизатор также должен присоединять к даваемому им химическому наркозу слова усыпляющего содержания, имея в виду уменьшить таким путем дозу фармакологического наркоза, ибо

словесный раздражитель в данном случае подкрепляет основной, химический, агент, усиливая его действие. Присоединяя к фармакологическому агенту слова усыпляющего содержания, мы вырабатываем условнорефлекторный сон на слово. В дальнейшем словесный условный раздражитель заменяет химический агент и поддерживает его действие. Убаюкивая детей или усыпляя больных, мы можем углублять их сонное состояние, помня, что внушаемое слово вызывает соответствующие физиологические и биохимические изменения во всем организме.

Полагая: что успокоение больного в состоянии бодрствования есть уже начальная, самая слабая степень торможения, мы на опыте убеждаемся в том, что сами слова успокоения действительно производят полезные для организма изменения в состоянии клеток коры головного мозга. Слово «спокойно!» уже изменяет деятельность сердца в положительную сторону (см. рис. 65).

Этими данными исчерпываются имеющиеся в нашем распоряжении материалы, подтверждающие, что состояние внушенного сна есть состояние анаболизма, обеспечивающее возможность восстановления нормального функционального уровня корковых клеток, ослабленных длительной работой, интоксикацией и т. д.

Если внушенный сон не есть состояние анаболизма, то чем же может быть в таком случае обусловлено констатируемое всеми пробужденными от внушенного сна состояние общей бодрости и свежести? Чем объяснить отрезвление от умеренного алкогольного опьянения, возникающее после 10-минутного внушенного сна?

Вместе с тем приведенные нами данные говорят о том, что господствовавшие долгое время ошибочные представления о «небезвредности» для нервной системы, в частности для высших психических функций человека, гипнотического сна лишены каких бы то ни было оснований. Необходимо дальнейшее изучение лежащих в его основе физиологических механизмов и поиски новых путей к овладению возможностью сознательного управления обменными, восстановительными и прочими процессами в организме.

Как отмечает К. М. Быков, «механизм влияний коры мозга на обмен, пути этих влияний, их значение (нормальное и патологическое) – вот вопросы, разработка которых начата и ответ на которые может дать много неожиданного.

Деятельность коры мозга в различных стадиях внушенного сна.

Переходим к рассмотрению вопроса о характере деятельности коры мозга в различных стадиях внушенного сна.

Как известно, степень глубины внушенного сна издавна определялась способностью к восприятию словесных воздействий усыпившего и наличием амнезии по отношению ко всему пережитому во внушенном сне. При этом В. М. Бехтерев считает практически наиболее удобным различать три стадии: малый гипноз, средний гипноз и глубокий гипноз.

При малом гипнозе исследуемый отмечает слабое влияние усыпления, способен противостоять воздействиям словесного внушения, может самостоятельно производить движения, не теряет связи с окружающим и, находясь в дремотном состоянии, ощущает некоторую слабость в частях тела и отяжеление век.

При среднем гипнозе (так называемая гипотаксия) усыпляемый не может самостоятельно выйти из охватившего его двигательного оцепенения, у него отмечается некоторое притупление органов чувств и он пассивно подчиняется приемлемым для него внушениям усыпляющего, частично сохраняя их в памяти. Иногда наблюдаются явления каталепсии (стойкое пассивное сохранение конечностями усыпляемого приданного им положения). Он ориентируется в окружающем и после пробуждения в большинстве случаев кое-что помнит из сделанных ему внушений.

Наконец, глубокий гипноз характеризуется внешней картиной глубокого сна, полным отсутствием ориентировки в окружающем, а после пробуждения – полным отсутствием воспоминаний о производившихся внушениях (если не сделано специального внушения о том, что он будет их помнить). При этом отмечается значительное понижение функций воспринимающих органов и осуществляются словесные внушения самого разнообразного содержания (в отношении психики и соматики). Словесные внушения реализуются как в самом гипнотическом сне, с полным забвением их после пробуждения, так и после пробуждения в срок, заданный внушением (так называемое постгипнотическое внушение). Это состояние известно под названием сомнамбулической стадии гипноза.

Достаточно детальная систематизация признаков различных стадий внушенного сна, имеющая практический интерес, разработана Е. С. Катковым (1941), располагавшим данными исследований 100 здоровых людей (студенты вузов). В схеме Е. С. Каткова (см. приложение) приведены последовательные этапы развития внушенного сна, причем в ней использованы данные школы И. П. Павлова.

Именно в сомнамбулической стадии внушенного сна получаются особенно четкие и разнообразные реакции на внушения словом и быстрая реализация внушенных действий и состояний. Обычно такая стадия внушенного сна появляется сразу, с места, и может быть стойко поддерживаема соответствующими словесными внушениями. Вместе с тем, по-видимому, именно в сомнамбулической стадии возможно получение извращенных реакций (см. главу VII).

Физиологические механизмы, лежащие в основе той или иной стадии внушенного сна, остаются не вполне выясненными. В отношении исследования сомнамбулической стадии интересные попытки сделаны Ф. П. Майоровым (1950) и его сотрудниками М. М. Сусловой (1940, 1952) и А. И. Марениной (1952). По их данным, для этой стадии специфично состояние не глубокого она, а наиболее глубокой диссоциации корковой деятельности. Эти исследования освещают также некоторые физиологические механизмы диссоциированной деятельности коры мозга, в частности механизмы постгипнотической амнезии.

Исследования В. Е. Рожнова (1959) показали, что различные гипнотические фазы, в том числе парадоксальная фаза, могут встречаться во всех стадиях внушенного сна, как и в состоянии, едва отличимом от бодрственного состояния, на что в свое время указывал И. П. Павлов и что всегда нужно иметь в виду.

Все это говорит о том, что высокая эффективность словесных внушений, присущая сомнамбулической стадии гипноза, обусловлена отнюдь не глубиной сонного торможения, а именно наибольшей степенью диссоциаций корковой деятельности, специфичной для этой стадии.

Далее следует отметить, что и субъективные переживания в различных стадиях внушенного сна, оказываясь ограниченными и видоизмененными, также имеют свои качественные особенности. В этом отношении представляет интерес описание такого состояния, сделанное самим усыпленным после пробуждения.

Приводим одно из таких описаний.

«Когда я нахожусь в гипнозе, – пишет одна из испытуемых, – я в каждом сеансе испытываю различные по своему характеру ощущения. Так, в первый сеанс я продолжала чувствовать все свое тело, но ни одним членом двинуть не могла, ясно слыша голос усыпившего и все сознавая. Но мысли как-то путались. Это был, я бы сказала, телесный сон. Но с каждым последующим сеансом тело все более тяжелело, я переставала его ощущать, продолжая слышать все происходящее, но мне казалось, что все это происходит где-то далеко, сознается неясно, причем является для меня совершенно безразличным.

В последний, 5-й сеанс я своего тела уже совершенно не ощущала, будто его не было совсем. Я слышала разные посторонние звуки, меня совершенно не трогавшие. При внушениях все ясно слышала, но мысли совершенно не работали и слова внушения, касавшиеся моих прежних переживаний, меня совершенно не трогали.

При словах пробуждения я начинаю просыпаться сначала как бы головой: появляются мысли, начинаю думать о том, что надо двигаться, вставать, понимаю, что делается вокруг, но свое тело начинаю ощущать несколько позже, причем, когда сознание прояснилось, стала ощущаться тяжесть во всем теле, которая в дальнейшем, при полном пробуждении, исчезала».

Другой испытуемый описывает свое состояние во внушенном сне так: «Все отяжелело и как будто отнялось, не могу двинуть ни одной частью своего тела. И какая-то легкость, как в безвоздушном пространстве. Но сознание не ослабевало и мысли были четкие и ясные, несмотря на то, что усыпивший внушал мне отсутствие мыслей».

Таким образом, в последнем случае психика бодрствовала, и сон был «физический», а не «психический».

Подробнее о состоянии усыпленного во время внушенного сна см. примечание 2 (стр. 533).

Итак, из изложенного выше видно, что основные особенности деятельности коры головного мозга человека, проявляющиеся в состоянии внушенного сна, выражаются в следующем.

1. Кроме свойственного гипнотическому сну животного функционального расчленения больших полушарий на участки сна и бодрствования, здесь имеет место еще функциональное разобщение обеих сигнальных систем, как и в пределах самой второй сигнальной системы.

2. Деятельность второй сигнальной системы в этих условиях не только оказывается ограниченной узкими рамками зоны раппорта, но и имеет часто пассивный характер, находясь в прямой зависимости от словесных воздействий усыпившего.

Вне этих воздействий она полностью (или почти полностью) отсутствует.

3. В зоне раппорта отмечается значительное усиление замыкательной функции по отношению к раздражителям второй сигнальной системы. Это особенно благоприятствует формированию под влиянием словесных воздействий усыпившего новых корковых динамических структур, что и составляет физиологическую основу реализации внушенных действий и состояний.

4. С развитием внушенного сна связаны изменения индукционных отношений между бодрствующей зоной раппорта и заторможенными районами коры, приводящие к еще большему усилению зоны раппорта и к еще большему функциональному разобщению ее от заторможенных районов коры. Благодаря этому эффективность речевых внушений усыпившего от стадии к стадии все более возрастает.

Таким образом, во внушенном сне вся внешняя второсигнальная деятельность усыпленного сведена лишь к прямым реакциям на воздействия усыпившего при отсутствии самостоятельного реагирования на какие-либо иные воздействия. При этом деятельность второй сигнальной системы усыпленного приобретает совершенно особой характер, что проявляется исключительной силой влияния на нее слов усыпившего. Последние могут вести к образованию и прочному закреплению в коре мозга усыпленного новых корковых динамических структур, не связанных с прежними такими же структурами, и этим путем оказывать воздействие на сознание и деятельность усыпленного впоследствии после его пробуждения.

Это обусловлено изолированностью зоны раппорта от всех остальных районов коры мозга, заторможенных в силу отрицательной индукции. Временно и частично растормаживаются лишь те участки коры, которые вовлекаются в реакцию специально направленными словами усыпившего, вследствие этого последние дествительно получают преобладающее значение, т. е. имеют силу внушения.

Чем же в этих условиях характеризуется деятельность первой сигнальной системы усыпленного?

В этих условиях вся высшая нервная деятельность усыпленного, по-видимому, ограничивается деятельностью его второй сигнальной системы. Именно через нее она и регулируется речевыми воздействиями усыпившего. При этом и безусловная, и первосигнальная деятельность усыпленного в той или иной степени заторможена и проявляется лишь в той мере, в какой вызывается она содержанием слов усыпившего. Вместе с тем наблюдается некоторое изменение и характера самой корковой замыкательной и анализаторной функции. Поэтому под влиянием слов внушения в этих участках коры мозга легко может происходить полное извращение деятельности отдельных анализаторов или же их гипер- или гипофункция.

Таким образом, высшая нервная деятельность усыпленного в условиях внушенного сна детерминируется речевыми раздражениями, исходящими от усыпившего. Вся внешняя среда для усыпленного ограничивается воздействиями со стороны усыпившего. И даже безусловнорефлекторная деятельность усыпленного оказывается в значительной мере, а иногда и полностью подчиненной этим влияниям.

Каков же характер подкорковой деятельности усыпленного в условиях внушенного сна?

Подкорковая деятельность его, по-видимому, также лишена той активности, которой она обладает в бодрственном состоянии, и также подчинена воздействиям усыпившего, которые доходят до нее через кору головного мозга, причем таким путем деятельность подкорки может быть полностью заторможена, изменена в силе и даже извращена.

Итак, деятельность коры и подкорки в условиях внушенного сна резко отличается от таковой в состоянии бодрствования.

Переходя к рассмотрению вопроса об особенностях условнорефлекторной деятельности во время внушенного сна, нужно сказать, что работ, посвященных этому вопросу, немного. Тем не менее данные разных авторов представляют несомненный интерес, так как помогают вскрыть ряд специфических особенностей состояния высшей нервной деятельности в этих условиях.

Согласно этим данным, условнорефлекторная деятельность во внушенном сне претерпевает определенные изменения. Так, С. Л. Левин в своих ранних работах (1931) отмечал, что у детей в условиях внушенного сна двигательные и секреторные условные рефлексы, выработанные ранее в бодрственном состоянии, резко падают, причем обнаруживается диссоциация как между двигательными и секреторными условными рефлексами, так и между слюноотделительными и жевательными безусловными рефлексами; выявляются также переходные (фазовые) состояния – парадоксальная, ультрапарадоксальная и тормозная фазы, вплоть до возникновения полного сна.

По данным И. М. Невского и С. Л. Левина (1932), вызываемая путем внушения в гипнотическом сне секреция слюнных желез на определенные внушаемые вещества, т. е. по механизму обычного условного рефлекса, оказывается более обильной, чем при аналогичном внушении, сделанном в бодрственном состоянии. Это также говорит о том, что корковые клетки во внушенном сне в зоне раппорта способны к более усиленной деятельности, чем в бодрственном состоянии.

По данным Ю. А. Поворинского и Н. Н. Трауготт (1936), в условиях внушенного сна у разных усыпляемых торможение условнорефлекторных связей оказывается различным по величине, вплоть до полного их исчезновения. При пробуждении же у большинства условные рефлексы восстанавливаются не сразу и не в полной мере, что относится как к первой, так и ко второй сигнальной системе, причем речевые реакции затормаживаются первыми и восстанавливаются последними.

Согласно исследованиям Р. М. Пэн и М. А. Джигарова (1936), в неглубоком внушенном сне выработанные ранее условные рефлексы сохраняются, но понижаются и их скрытый период увеличивается. При этом отмечается последовательное торможение дифференцировочных раздражителей. После пробуждения наблюдается явление концентрации тормозного процесса.

Что касается образования в состоянии внушенного сна новых условнорефлекторных связей в первой сигнальной системе, то, по данным этих авторов, в неглубоком внушенном сне это оказывается возможным, хотя и затруднено; в глубоком же сне образование новых условных рефлексов, относящихся к первой сигнальной системе, невозможно.

По данным Ю. А. Поворинского (1937), условные рефлексы, выработанные в бодрственном состоянии, проявляются во внушенном сне с большим латентным периодом, а у части исследуемых вообще отсутствуют. При этом даже в условиях самого глубокого внушенного сна сохраняется реакция на словесные воздействия усыпившего. Более сложные и онтогенетически более поздние условные связи речедвигательного анализатора затормаживаются при погружении в состояние внушенного сна первыми, а при пробуждении из этого состояния освобождаются от торможения последними.

По данным И. И. Короткина, Ф. П. Майорова и М. М. Сусловой (1951), условные рефлексы, выработанные в бодрственном состоянии на первосигнальный условный раздражитель (удары метронома), в сомнамбулической стадии внушенного сна исчезают; в случае же перехода исследуемого в легкое дремотное состояние они проявляются. Что касается безусловных рефлексов, то в глубоком внушенном сне они уменьшаются, а при обратном переходе в легкое дремотное состояние увеличиваются до своего исходного, нормального значения. Новые условные рефлексы в сомнамбулической стадии внушенного сна совсем не вырабатываются.

Н. И. Красногорский (1951) отмечает, что возникновение в коре мозга в условиях внушенного сна обширных заторможенных полей, естественно, не может остаться без влияния на другие клетки и отделы больших полушарий, в которых могут создаваться разнообразные изменения возбудимости и деятельности. Он подчеркивает, что при этом условные рефлексы, осуществляемые клетками, лежащими в зоне раппорта, могут быть большими, чем в бодрственном состоянии. Это, по его мнению, обусловлено тем, что вследствие индукционных воздействий с заторможенных полей деятельность бодрствующих отделов коры приобретает большую силу. В то же время прочие условные рефлексы, связанные с корковыми клетками, лежащими вне этой бодрствующей зоны, оказываются в большей или меньшей степени задержанными.

Выработка в этом состоянии новых условнорефлекторных связей, по данным Н. И. Красногорского, может осуществляться с полным успехом всеми бодрствующими в этих условиях клетками коры головного мозга. По мнению автора, «во время этих разделенных состояний коры могут возникать стойкие связи между бодрствующими корковыми и подкорковыми системами».

Исследования И. И. Короткина и М. М. Сусловой (1953) показали, что при достаточно глубокой степени коркового торможения в сомнамбулической стадии гипноза ранее выработанные первосигнальные условные рефлексы не проявляются и значительно уменьшаются безусловные рефлексы. Кроме того, такое тормозное состояние коры головного мозга ведет к быстрому затуханию следов первосигнальных условных рефлексов.

Как отмечают Б. В. Павлов и Ю. А. Поворинский (1953), условные связи при словесных подкреплениях, исходящих от усыпившего, во внушенном сне образуются быстрее, чем в бодрственном состоянии. При этом в сомнамбулической стадии внушенного сна словесные подкрепления, как правило, вызывают более сильную и более длительную реакцию с меньшим скрытым периодом, чем непо-

средственные первосигнальные раздражители.

Указанные авторы отмечают также, что в бодрственном состоянии условная двигательная реакция, как правило, в большей мере отвечает непосредственному раздражителю, чем словесному; во внушенном же сне она в большей степени следует словесному раздражителю, исходящему от усыпившего, причем в этом случае она нередко возникает с места. Таким образом, во внушенном сне более сильными и более лабильными оказываются те процессы коры головного мозга, которые связаны с деятельностью второй сигнальной системы в зоне раппорта.

Если же словесный раздражитель исходит от постороннего лица, то ответные двигательные реакции в сомнамбулической стадии внушенного сна либо совсем отсутствуют, либо оказываются значительно меньшими, чем на соответствующий непосредственный раздражитель, а скрытый период реакции является более длительным. В то же время если словесный раздражитель в этих условиях исходит от усыпившего, то он вызывает реакцию даже более сильную, чем первосигнальный условный раздражитель, на основе которого она была выработана.

Более того, образование временных связей на непосредственные раздражители (как и на словесные раздражители, исходящие от постороннего лица) во внушенном сне происходит медленнее, чем в бодрственном состоянии.

Интересно также то обстоятельство, что условные связи, возникшие во внушенном сне, как правило, проявляются только в этом состоянии и не бывают в период бодрствования. Однако если во внушенном сне будет сделано специальное словесное внушение реагировать по пробуждении так же, как и во время внушенного сна, то эти условные связи после пробуждения оказываются сохраняющимися. Это говорит о том, что характер условнорефлекторной деятельности можно изменять путем тех или иных словесных внушений.

По данным Б. В. Андреева (1941), в момент того или иного словесного внушения происходит ослабление внушенного сна. По данным же Ю. А. Поворинского (1937), внушение галлюцинаций в гипнотическом сне углубляет тормозное состояние коры мозга, что, по его мнению, может быть обусловлено образованием при словесном внушении нового очага возбуждения, усиливающего по закону отрицательной индукции торможение в остальных районах коры мозга.

Согласно исследованиям Ф. П. Майорова (1950) и М. М. Сусловой (1948), во время сомнамбулической стадии внушенного сна значительно снижается количество правильно сделанных сложений (в психологическом эксперименте), т. е. число ошибок увеличивается. Это свидетельствует о том, что в этих условиях торможение распространилось также на вторую сигнальную систему.

По данным Н. Н. Красногорского (1951), степень заторможенности во внушенном сне деятельности различных анализаторов может быть различной. Так, в то время как реакция на свет в сомнамбулической стадии внушенного сна у одной из его исследуемых полностью отсутствовала, реакции слухового анализатора не только не ослабевали, а, наоборот, оказывались резко усиленными.

По данным И. И. Короткина и М. М. Сусловой (1955), различия в характере реализации внушений, сделанных во внушенном сне, отмечающиеся у разных исследуемых, определены условиями взаимодействия их сигнальных систем. Так,

у одних исследуемых внушаемое получает преобладающее отражение в деятельности первой сигнальной системы, у других – в деятельности второй сигнальной системы, у третьих – то первой, то второй, у четвертых – в обеих сигнальных системах одновременно. По мнению авторов, все это зависит от глубины внушенного сна и от типовых особенностей нервной системы.

Интересными в этом отношении являются исследования В. Е. Рожнова (1956). По его данным, от одной стадии внушенного сна к другой, по мере нарастания торможения, усиливается также и диссоциация деятельности сигнальных систем. Вследствие этого реакции усыпленного на раздражители первой сигнальной системы от стадии к стадии все более ослабляются вплоть до полного их отсутствия в сомнамбулической стадии. Одновременно с этим реакции его на раздражения, падающие на вторую сигнальную систему, наоборот, от стадии к стадии прогрессивно усиливаются и в сомнамбулической стадии превышают по силе даже реакции на соответствующие первосигнальные раздражители, какие те исследуемый давал в бодрственном состоянии.

Это подтверждается данными проведенных им электрогастрографических исследований хорошо гипнабильных алкоголиков. Согласно этим исследованиям, порция водки, выпиваемая испытуемым, находящимся в сомнамбулической стадии внушенного сна, сама по себе вызывает лишь едва заметное усиление биотоков его желудка, в то время как одно лишь словесное внушение о запахе и вкусе водки тотчас приводит к резкому усилению электрической активности желудка.

По мнению автора, это обусловлено различием в степени экстенсивности и интенсивности торможения в сомнамбулической стадии каждой из сигнальных систем, в частности может быть связано с распространением по коре мозга парадоксальной фазы переходного состояния.

Как нам кажется, этими исследованиями автора в вопросе о состоянии замыкательной функции во внушенном сне вносится некоторая ясность, а именно: имеющаяся в работах разных авторов противоречивость данных по этому вопросу происходит от недоучета различия в степени диссоциации в сомнамбулической стадии внушенного сна сигнальных систем.

Дело в том, что в этой стадии во второй сигнальной системе (в той ее части, какая входит в бодрствующую зону раппорта) замыкательная функция выражена даже лучше, чем в бодрственном состоянии, в то время как в первой сигнальной системе она может полностью отсутствовать.

Следовательно, при решении вопроса о состоянии во внушенном сне замыкательной функции и о возможности образования новых условных связей необходимо учитывать, о какой именно сигнальной системе идет речь и входит ли в данный момент та или иная ее часть в бодрствующую зону раппорта.

Это вполне согласуется с указаниями И. П. Павлова, что замыкательный процесс может осуществляться лишь в бодрствующих в данный момент районах коры мозга. В условиях же сомнамбулической стадии внушенного сна бодрствующей является, как мы знаем, только зона раппорта, которая по самой своей природе лежит в сфере деятельности речедвигательного анализатора и потому в основном относится к области второй сигнальной системы.

В заключение остановимся еще на одном явлении, физиологический механизм которого также остается недостаточно освещенным: чем объяснить столь значительную яркость и четкость реализации у сомнамбул гипнотических и постгипнотических внушенных явлений и состояний?

Этому вопросу посвящены исследования, проведенные Ф. П. Майоровым в руководимой им лаборатории (1950). В физиологической основе этого явления лежит взаимная индукция (И. П. Павлов): создаваемый в коре мозга словами внушения сильный очаг концентрированного раздражения при слабом тонусе коры вызывает индукционное торможение (в силу отрицательной индукции) остальных, заторможенных ее районов. Но тормозное состояние последних в свою очередь тотчас же положительно индуцирует этот очаг возбуждения, еще более усиливая этим его активность. Об этом и говорит п. 4 наших выводов на стр. 88.

Это и служит причиной особенной четкости, силы и яркости вызываемых речевыми внушениями состояний и переживаний, которая характерна именно для сомнамбулической стадии внушенного сна и проявляется в форме гипнотических и постгипнотических внушенных состояний. Отсюда становится понятным физиологический механизм столь ярких внушенных зрительных, вкусовых и слуховых галлюцинаций, приводящих, например, к съеданию усыпленным куска мела под видом яблока, сопровождающемуся соответствующими адекватными содержанию внушения мимико-соматическими эмоциональными реакциями.

Все изложенное свидетельствует о закономерно происходящих в условиях внушенного сна значительных изменениях в характере корковой деятельности, определяющих в целом специфику высшей нервной деятельности усыпленного. Систематическое изучение ее составляет предмет дальнейших исследований.

Внушенный отдых в гипнотическом сне.

Остановимся на рассмотрении того особого состояния, какое может быть создано во внушенном сне путем специального внушения глубокого отдыха.

Уже в исследованиях А. Н. Мацкевич (1930) выступило на первый план важное положительное значение словесного внушения усыпленному состояния полного отдыха. Так, по данным А. Н. Мацкевич, после словесной инструкции усыпленному: «Вы сейчас отдыхаете!» функции высших отделов нервной системы исследуемого улучшались более, чем в том случае, когда имела место одна обычная инструкция: «Спите глубоко!»

Попутно выяснилось и то важное обстоятельство, что в период внушенного сна далеко не всегда отмечаются явления полного телесного и душевного спокойствия и отдыха. Соответственно этому далеко не всегда при этих условиях могут полностью отсутствовать реакции усыпленного на те или иные побочные внешние и внутренние раздражения.

Выше мы уже приводили наблюдение, когда исследуемая Ш., длительно находившаяся в состоянии внушенного сна, внезапно стала проявлять признаки беспокойства, что было обусловлено одним привходящим обстоятельством: по окончании исследования ей предстояло ехать в поселок, и она боялась опоздать

на поезд. Такая установка на фактор времени у нее возникла перед усыплением и проявилась во внушенном сне (за час до отхода поезда) в порядке сигнала, идущего от возникшего и продолжавшего бодрствовать коркового «сторожевого пункта».

Ниже мы приводим аналогичный пример беспокойства, проявившегося во внушенном сне под влиянием интероцептивного раздражителя.

Для анализа явлений внушенного отдыха особый интерес представляют данные О. Л. Гордона (1946), изучавшего у больных с фистулой желудка состояние желудочной секреции в специально созданных условиях глубокого отдыха во внушенном сне. Это были больные с искусственным пищеводом и выключенным, но совершенно здоровым и нерезецированным желудком. Исследования проводились в клинике лечебного питания М. И. Певзнера в условиях глубокого внушенного сна.

Приводим пример.

Больной Н. была сделана операция с образованием антеторакального пищевода, через который она в течение нескольких месяцев вполне успешно питалась. Больная легко поддавалась гипнотическому внушению и могла часами находиться в глубоком внушенном сне. Это позволило изучать желудочную секрецию в тех условиях, когда, помимо обычного физического покоя, ей во внушенном сне дополнительно внушалось, что она находится в состоянии абсолютного покоя и безмятежно спит. Такое состояние характеризовалось полным расслаблением всей скелетной мускулатуры, спокойным равномерным дыханием, ровным и редким пульсом. При этом отмечалось, что желудочная секреция, начинавшая заметно снижаться с началом внушенного сна, при внушении «состояния абсолютного покоя» в течение короткого времени, а иногда и сразу после этого внушения полностью прекращалась. Это продолжалось в течение всего периода, пока больная находилась в состоянии внушенного ей «абсолютного покоя», которое в отдельных исследованиях длилось до 2 часов.

Если же с целью контроля такое «состояние абсолютного покоя» прерывалось внушением деятельности (например, внушалось, что она ест вкусный завтрак – ее любимый жирный плов или бифштекс с луком), то у нее тотчас же возникала энергичная желудочная секреция с весьма высокой кислотностью сока. При этом больная оживлялась, приходила в радостное возбуждение, и ее лицо, до того безмятежно спокойное, выражало удовольствие.

Эти исследования привели нас к признанию чрезвычайно важного значения специально создаваемого словесным внушением особого физиологического состояния глубокого отдыха.

Следует особенно подчеркнуть, что естественный сон, по-видимому, не всегда приводит все органы и системы человека в состояние полного отдыха. В условиях естественного сна в коре мозга нередко могут сохраняться скрытые очаги возбуждения, обусловленные оставшимися, неизжитыми за время бодрствования (или же вновь возникшими) психотравмирующими воздействиями. Вследствие этого вызванные ими изменения в характере корковой динамики могут оставаться невыравнившимися окончательно и поэтому могут вести к состоянию ее неурав-

новешенности. Все это не может не отражаться на состоянии во время сна внутренних органов и скелетной мускулатуры, частично продолжающих сохранять свой несколько повышенный тонус, несмотря на общие условия покоя. Обычно это проявляется в том, что естественный сон оказывается в таких случаях беспокойным или поверхностным, сопровождающимся сновидениями, движениями во сне и пр.

Именно вследствие этого на кору мозга усыпленного необходимо оказывать специальное воздействие внушением, что его организм «пришел в условия полнейшего отдыха» или «пребывает в абсолютном покое», при котором «все пережитые волнения полностью устранены», а его мозг, как и все органы и ткани, быстро и полностью восстанавливает свои функции.

Таким образом, первым приемом словесного внушения человек переводится из обычного бодрствующего состояния s состояние внушенного сна, а вторым приемом внушения создаются специальные условия для глубокого отдыха в этом внушенном сне.

Как мы имели возможность убедиться на основании многолетнего применения этого приема, физиологическое состояние «глубокого отдыха во внушенном сне» действительно оказывало на высшую нервную деятельность исследованных нами людей огромное воздействие. По-видимому, это обусловлено тем, что слова внушения: «Сейчас вы находитесь в условиях наиболее полного и глубокого отдыха!» ведут к возникновению в корковой деятельности усыпленного, а отсюда и во всем его организме соответствующих физиологических и биохимических изменений, направленных в сторону анаболизма. В их основе лежит не только физиологический механизм репродуцирования следов пережитого когда-либо в прошлом состояния такого глубокого и полного отдыха, но и принцип отвлечения и обобщения, специфичный, по И. П. Павлову, для второсигнальной деятельности, приводящий в данном случае к образованию соответствующей корковой динамической структуры «состояния наиболее полного отдыха».

В таком состоянии глубокого отдыха во внушенном сне исследуемый должен оставаться некоторое время (от получаса до часа и более). Как показал опыт, уже одночасовое пребывание в этом состоянии в большинстве случаев дает максимальный отдых всему организму человека. Такое длительное состояние внушенного глубокого отдыха чрезвычайно благотворно действует не только на корковую динамику и всю высшую нервную деятельность в целом, но и на функциональное состояние всех тканей и органов, а также вегетативно-эндокринной системы.

Нет сомнения в том, что словесное внушение, направляемое на создание глубокого отдыха, условнорефлекторно вызывает широкие и глубокие биохимические изменения во всем организме усыпленного, связанные с действительным, безусловным физиологическим состоянием отдыха, с которым в коре мозга на основе данных прошлого опыта, конечно, имеются многочисленные следовые связи. Поэтому внушение: «Сейчас все ваше тело глубоко отдыхает!» действительно приводит организм человека в состояние полного физиологического покоя.

Последний, как известно, характеризуется отсутствием как внешних проявлений специфической деятельности, так и изменений в клетках (обычно выражающихся в виде выведения секрета, механических эффектов и пр.). Однако в этих условиях, при видимом покое, в клетках происходит особая и специфичная деятельность. Так, по утверждению К. М. Быкова (1947), в железах непрерывно идет подготовка секрета, в мышцах – ряд последовательных невидимых явлений для выполнения будущей механической работы. Такое состояние физиологического покоя, «по всей видимости, нуждается в весьма малом расходе энергии», а настройка уровня покоя в значительной степени зависит от кортикальных стимуляций.

Какие физиологические механизмы лежат в основе возникновения состояния «глубокого отдыха», вызываемого путем внушения?

На основании специально проведенных нами экспериментальных исследований можно думать, что в данном случае в коре мозга словами внушения создается концентрированный очаг возбуждения, специально направленный на усиление восстановительной функции коры мозга. Заметим, что эта функция коры наиболее полно изучена в последние годы Г. В. Фольбортом (1951) и его сотрудниками.

Мы полагаем, что высокая эффективность внушенного глубокого отдыха может быть обусловлена максимальной активизацией именно этой восстановительной функции коры мозга, тем более что во время внушенного сна это происходит в условиях почти полного выключения всех других ее функций, в том числе замыкательной и анализаторной.

Реальная возможность осуществления во внушенном сне состояния глубокого отдыха представляет для исследователя не только несомненный теоретический интерес, но и важное практическое значение.

ГЛАВА V

ЗАМЫКАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ

Нервное замыкание и есть первый нервный механизм, с которым мы встречаемся при изучении функциональной деятельности коры больших полушарий.

И. П. Павлов

Переходим к исследованию влияний на корковые процессы через вторую сигнальную систему. Начнем с рассмотрения вопроса о действии слова на замыкательную функцию коры мозга.

Прежде всего нас интересовало, можно ли действием слова изменить или даже полностью устранить возникшую ранее условную связь и каковы условия реализации самого словесного внушения, т. е. замыкания дуги типичнейшего условного рефлекса человека, каким является действие слова.

Прежде всего рассмотрим данные наших ранних исследований в этом направлении, проведенных еще в 1910 г. в лаборатории В. М. Бехтерева и описанных в одной из глав нашей диссертации (1912).

Для этой цели мы воспользовались хорошей гипнабельностью двух наблюдавшихся нами женщин, быстро впадавших в состояние внушенного сна с последующей полной амнезией. У обеих женщин на основе безусловного оборонительного (двигательного) рефлекса был выработан прочный двигательный условный рефлекс на сумму раздражений (свет+ звук) и на каждое из раздражений в отдельности. При этом двигательная реакция (оборонительное движение стопы левой ноги) на звук (электрический звонок средней силы) оказывалась более энергичной, чем на свет (электрическая лампочка в 16 W).

После ряда проб на прочность рефлексов первая из исследуемых погружалась в состояние внушенного сна и ей делалось внушение: «Свет и звук, взятые вместе и каждый в отдельности, не являются для вас раздражителями, вызывающими движение ноги». После пробуждения исследуемой ряд односекундных световых раздражений не вызвал никакой реакции: рефлекс оказался заторможенным. Это немало удивило исследуемую, так как до того ей не удавалось произвольно задержать эти реакции. Но пробы на звонок и на сумму раздражителей (свет + звук) двигательную реакцию вызвали. Лишь повторное, более энергичное словесное воздействие, направленное в сторону снятия реакции на звонок, совершенно затормозило двигательный рефлекс также на звуковой раздражитель. После этого было сделано обратное внушение: «Свет и звук снова стали вызывать движение ноги!», в результате чего рефлексы как на свет, так и на звук полностью восстановились.

Конечно, в данном случае, казалось бы, можно было заподозрить возможность симуляции. Но это исключалось тем, что исследуемая, как уже упоминалось, до того не могла произвольно задержать движение ноги, причем выработанный у нас двигательный условный рефлекс был настолько прочен, что проявлялся и вне лабораторной обстановки, например в домашних условиях при внезапном освещении темной комнаты искрой проходящего трамвая или при дававшемся во внелабораторных условиях звонке; все это вызывало у нее, по ее собственному выражению, непроизвольное «дергание ноги».

У второй исследуемой образовался такой же прочный условный двигательный рефлекс. Особенность последнего заключалась в том, что вместо обычной оборонительной реакции в виде однократного отдергивания (поднимания и опускания) стопы реакция на свет и звук у нее проявлялась в форме клонических колебаний стопы, которые продолжались в течение 10-15 секунд после прекращения односекундного звучания звонка. Такая же реакция у нее получилась и на сумму условных раздражителей. Но с первого же сеанса обнаружилось, что эта своеобразная клоническая реакция была связана лишь со звуковым условным раздражителем (звонок), причем длилась всегда некоторое время и после прекращения звучания звонка. Сила этой реакции была адекватна силе раздражителя, что особенно ярко проявилось после замены звонка звучанием струны (при разных октавах): ослабление двигательной реакции развивалось соответственно затиханию звука струны, но движения сохранялись и по прекращении звучания струны (рис. 29а). Реакция же на 10-секундное световое раздражение была иная – движение стопы прекращалось одновременно с окончанием светового раздражения. При этом данной женщине, так же как и первой, никогда не удавалось произвольно не только совершенно подавить, но даже ослабить эту двигательную реакцию. По словам исследуемой, «нога двигается не по моей воле и удержать ее я не могу».

Для выяснения возможности изменять путем внушения характер реакции на условные раздражители мы сделали следующее внушение: «К свету и звуку более спокойное и равное отношение!» Разбудив исследуемую, мы стали поочередно воздействовать то звуком струны, то светом лампочки. Полученные рефлексы снизились, что отвечало сделанному внушению (рис. 29б). Такой же положительный эффект был получен и при внушении абсолютной нечувствительности по отношению к обоим агентам: реакций не было ни на звук струны, ни на свет.

Интересно отметить, что звуковые раздражения, внезапно дававшиеся уже по окончании исследования (во время беседы, проходившей вне опытной кабинки), также не вызывали ни подергивания ноги, ни вздрагивания всего тела, в то время как до указанного отрицательного внушения эти реакции имели место. Сле-

довательно, отрицательное внушение продолжало оставаться действительным и после окончания процесса самого исследования. Это влияние сохранялось и в последующие дни. Для восстановления прежней реакции оказывалось необходимым соответствующее внушение противоположного характера. И тогда прежнее отношение наблюдаемой к тем же раздражителям тотчас же снова восстанавливалось.

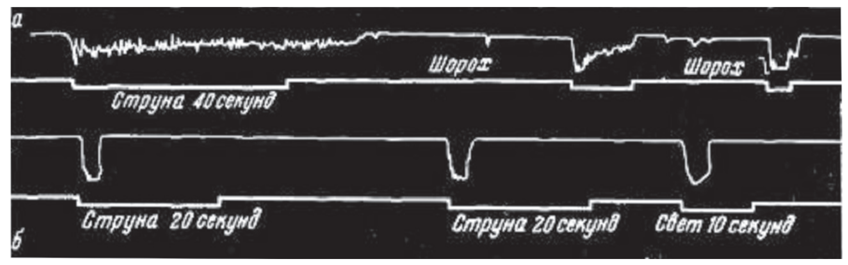


Рис. 29. Влияние словесного внушения на выработанный ранее двигательный условный рефлекс. *а* – до словесного внушения; *б* – после внушения одинаково спокойного отношения к обоим раздражителям.

Эти исследования, хотя и произведенные только у двух лиц, позволили убедиться в том, что слово имеет значение реально действующего фактора, изменяющего условнорефлекторные реакции в том или ином направлении, подавляя их в одних случаях, оживляя в других и извращая в третьих.

Для нас эти исследования в те годы (1910) имели особое значение в связи с интересовавшими нас вопросами о воздействии словесного внушения на высшую нервную (психическую) деятельность человека. Если слово могло влиять на поведение человека, то отсюда следовало, что оно должно было оказывать воздействие и на элементарную условнорефлекторную деятельность, в том числе на двигательные условные рефлексы. Полученные данные подтвердили наше предположение, подводя этим самым физиологическую базу под понимание механизмов сложной системы воздействий, оказываемых словом на высшую нервную деятельность.

В дальнейшем аналогичные исследования в том же направлении были выполнены В. М. Бехтеревым и Н. М. Щелованосым (1925), В. М. Бехтеревым и В. Н. Мясищевым (1926), подтвердившими результаты наших исследований. Ими также с полной ясностью устанавливалась возможность влияния словесного раздражителя в разнообразных направлениях на условнорефлекторную деятельность, причем в состоянии как бодрствования, так и внушенного сна.

Как будет видно из дальнейшего изложения, уже само преобладание в коре мозга тормозного состояния с его фазами, особенно с парадоксальной, без наличия состояния внушенного сна как такового, также имеет большое значение не только для экспериментальных целей, но и для лечебных внушений. Как показывают данные лаборатории И. П. Павлова и многочисленные клинические

наблюдения, тормозное состояние играет немалую роль также в возникновении некоторых невротических заболеваний, нередко проявляясь при известных условиях самостоятельно, без специального вызывания состояния внушенного сна. При этом, как мы знаем, тормозное состояние может иметь ряд степеней, начиная от едва заметного, «почти не отличимого от бодрого состояния» (И. П. Павлов). Тем не менее уже при самом легком снижении коркового тонуса может иметь место та парадоксальность силовых отношений, при которой и создается повышенная внушаемость.

Забегая несколько вперед, отметим, что, по-видимому, именно в этом состоянии и возникает стойкая фиксация образовавшихся временных связей, иногда приобретающих характер патологических «неугасимых реакций» типа так называемого навязчивого состояния. Эти психогенно возникающие навязчивые состояния обусловлены словесным воздействием, падающим на кору мозга в условиях тормозного состояния, при сниженном ее тонусе. В свою очередь эти состояния могут быть устранены соответствующим словесным внушением, если оно осуществляется при том же тормозном состоянии коры мозга, в каком они образовались, но только искусственно созданном. В этом и состоит наша методика лечебного применения слова не только во время внушенного сна, но и в условиях преобладания в коре мозга тормозного состояния.

Для иллюстрации сказанного приведем ряд типичных наблюдений. Все они содержат в себе замыкание условнорефлекторной связи с возникновением соответствующего патологического синдрома и устранение этого синдрома словом врача. В некоторых наблюдениях явственно выступает активная роль словесного внушающего воздействия, травмирующего психику.

1. Больной К, 37 лет, парикмахер, военнослужащий, обратился с жалобами, что он в течение последних 5 лет страдает навязчивым страхом, лишающим его возможности обслуживать лиц высшего командного состава. При появлении в парикмахерской этих клиентов его охватывает непреодолимое волнение, возникает общая слабость, появляется дрожь в ногах и руках, связанная с боязнью порезать клиента. Диагноз поликлиники: психастения. Применявшиеся в течение всего этого времени разнообразные терапевтические мероприятия оказывались безрезультатными.

В беседе с больным удалось выяснить причину образования этого невротического синдрома. Однажды он брил одного из лиц высшего командного состава. Благополучно побрив одну щеку, вышел в соседнюю комнату для того, чтобы направить бритву. Там заведующий обратился к нему в тревожно-предупредительном тоне: «Слушай! Ты знаешь, кого ты бреешь? Ведь это начальник нашей части! Ты видишь, у него три ромба! Смотри, не порежь его!»

«Я как-то оторопел при слове «начальник», – говорил больной, – и мне въелась мысль, что могу его порезать. С трудом и с большой неуверенностью в руке кое-как добрил его, весь дрожа, и действительно чуть было не порезал. С тех пор не могу брить клиентов с ромбами в петлицах: боюсь, дрожу...»

В этом случае образовался прочно зафиксировавшийся патологический ус-

ловный рефлекс на данную ситуацию, выразившийся в форме дискоординации движений, что возникло в условиях непреодолимого страха, навеянного словами императивно сделанного тревожного предупреждения, резко снизившего тонус коры мозга.

В возникновении этого рефлекса играло роль именно наличие определенных внешних признаков, имевшихся у клиента: «знаков различия». Когда больному приходилось брить того же начальника, но одетого не в военную форму, описанный патологический синдром не имел места, рука больного владела бритвой с обычным спокойствием и уверенностью.

Было сделано внушение в гипнотическом состоянии больного: «Пережитое вами волнение, вызываемое обслуживанием лиц высшего военного состава, уже забыто, оно потеряло смысл и значение!», «Вы вполне освободились от страха, связанного с этими случаями, и всегда сохраняете полное самообладание, а к этой категории клиентов относитесь спокойно и бреете уверенно!» Проведены три сеанса гипносуггестивной терапии с одночасовым внушенным сном отдыхом после каждого из них. Удалось полностью устранить эту патологическую условную реакцию, причем было сделано профилактическое словесное внушение, предупреждающее возникновение такой реакции в будущем. Положительный катамнез прослежен на протяжении 10 лет (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

Что же в данном случае способствовало образованию и закреплению описанной патологической условнорефлекторной связи?

Ответ на этот вопрос дают слова И. П. Павлова: «...То, что психологически называется страхом, трусливостью, боязливостью, имеет своим физиологическим субстратом тормозное состояние больших полушарий, представляет различные степени пассивно-оборонительного рефлекса»1. Это состояние, говорит он в другом месте, находится в определенной связи с гипнотическим состоянием, градации которого являются «часто едва отличающимися от бодрого состояния».

В самом деле, в данном случае слова заведующего парикмахерской, вызвавшие аффект страха, привели больного в состояние оторопелости, обусловив образование (по физиологическому механизму внушения) длительно зафиксировавшейся патологической временной связи на определенный сложный условный раздражитель, каким был клиент с определенными военными знаками различия.

Следует отметить, что физиологическим субстратом состояния оторопелости является сниженный тонус коры мозга, в котором легко развивается фазовое состояние («фаза внушения»). Доказательством может служить устранение возникшей патологической временной связи словесным внушением, осуществленным в том же гипноидном состоянии коры мозга, в каком она находилась в момент возникновения данного патологического синдрома.

Приводим еще один такой пример, являющийся, как нам кажется, также весьма показательным.

2. Больной З., 42 лет, главный бухгалтер крупного учреждения, обратился с жалобой на спазматические движения, возникающие в кисти правой руки при письме, что проявляется главным образом при подписывании им банковских чеков, особенно если это происходит при посторонних лицах. Помимо дрожания руки и судорожного сведения пальцев, наблюдается также непроизвольное отбрасывание их в сторону. Указанные явления держались в течение нескольких недель, и это дало основание для крайнего беспокойства и волнения больного. Необходимо отметить, что при подписывании других документов больной был уверен в себе и вполне спокоен.

Напомним, что, как отмечает В. М. Бехтерев (1929), «у лиц, имеющих дело с важными актами, которые им приходится подписывать в учреждениях при публике, встречается иногда особый вид фобии, состоящий в страхе подписывать. Здесь, по-видимому, ничто не выдает болезненного состояния до тех пор, пока не представится необходимость подписать свою фамилию. Тогда тотчас возникает безотчетный страх, который все более и более возрастает, рука начинает дрожать и написание фамилии до такой степени искажается, что подпись оказывается одва узнаваемой или даже вовсе неузнаваемой».

Такой симптомокомплекс заставил предположить его условнорефлекторное происхождение. Путем анамнестической беседы было установлено, что эти явления развились постепенно, начавшись с того времени, когда однажды больной был вынужден в спешном порядке подписать большое количество банковских чеков на весьма крупные суммы, что, по его, словам, «происходило в конце рабочего дня, на усталую голову, в обстановке крайне напряженной работы, в условиях суеты и спешки».

Вскоре по вине больного произошла порча одного из чеков на очень крупную сумму, уже подписанного директором треста, что повлекло за собой ряд неприятностей и еще больше усилило тревогу больного за состояние своей нервной системы. Подписывая этот чек, он впервые почувствовал непроизвольное отбрасывание пальцев, вследствие чего сделанная им подпись получила столь необычный вид, что не могла быть признана банком за действительную. С этого момента у него возникла постоянно проявлявшаяся невозможность подписывать банковские чеки, что он особенно остро чувствовал в присутствии посторонних лиц.

По этому поводу больной неоднократно обращался к врачам, но применяемые ими разнообразные методы лечения успеха не дали, в результате чего врачи рекомендовали ему переменить профессию.

Как мы видим, развитие явления писчего спазма, впервые возникшего в условиях сниженного тонуса мозговой коры, при остром перенапряжении подвижности основных корковых процессов, произошло в данном случае также по условнорефлекторному механизму. Подписывание денежных документов одного и того же типа (банковские чеки), выполнявшееся больным много раз подряд, происходило в одной и той же обстановке, травмировавшей его психику. В связи с этим имелись все условия для образования и прочной фиксации патологического (кинестезического) условного рефлекса, упрочившегося настолько, что устранить его усилием своей воли сам больной уже не мог.

Была проведена успокаивающая разъяснительная психотерапия, закончившаяся тремя сеансами императивных внушений соответствующего содержания: «Ваши волнения забыты, спазматические явления, возникающие в правой руке

при подписывании чеков, прекратились и больше не могут повторяться, самочувствие хорошее. Вы уже здоровы, и все обстоит хорошо!» и т. п. Внушения были сделаны во внушенном дремотном состоянии больного, т. е. при том же сниженном тонусе коры мозга. После каждого сеанса давалось по одному часу внушенного сна-отдыха.

Все это привело к уравновешиванию основных корковых процессов и устранению описанного патологического условного рефлекса. Больной находился под нашим наблюдением в течение 2 лет, рецидивов не было. Был демонстрирован на конференции психотерапевтов (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

3. Больной Д., 38 лет, вагоновожатый, обратился с жалобами на учащенное сердцебиение и раздражительность, но главным образом на то, что, по его словам, «не переносит вида висящих на вагоне трамвая детей». У него мгновенно, по его выражению, «обрывается сердце», подкашиваются ноги, он обливается потом и не может работать. Заболевание возникло год назад, после того как под колеса его вагона попал мальчик.

Несколько месяцев безуспешно лечился в поликлинике и в санатории по поводу «невроза сердца». Применена психотерапия, получил три сеанса соответствующего словесного внушения во внушенном сне, в результате чего наступило стойкое устранение всего патологического синдрома. Находился под наблюдением в течение года; рецидивов не было (наблюдение автора).

У данного больного также образовалась патологическая временная связь на определенную ситуацию, возникшая при однократно пережитом остром аффективном напряжении, создавшем в коре мозга сильнейший очаг возбуждения с отрицательной индукцией в других участках коры, что в свою очередь повлекло за собой положительное индуцирование подкорки с ее вегетативными центрами.

Приведенные примеры иллюстрируют картину образования временных патологических условных связей и механизм устранения этих связей путем словесного воздействия.

Описывая физиологические механизмы, лежащие в основе реализации словесного внушения, производимого во внушенном сне больного, а также в основе явления раппорта, И. П. Павлов поясняет, что при этом большие полушария захвачены торможением не на всем протяжении, в них могут образоваться и возбужденные пункты. Из такого возбужденного пункта (служащего пунктом раппорта. – К. П.) «вы действуете на него и внушаете. И загипнотизированный потом роковым образом исполняет ваше приказание...». В этих условиях «влияние остальных частей полушарий на то, что вы даете в ваших словах, в ваших раздражениях, совершенно отрывается от всех остальных». Вследствие этого, «когда человек приходит в бодрое состояние после этого внушения, он ничего не может сделать с этим изолированным раздражением, потому что оно разъединено со всеми остальными».

Реализация словесных внушений, как мы уже знаем, осуществляется наиболее легко и эффективно именно во внушенном сне, с его бодрствующей зоной раппорта. Индукционные взаимоотношения в коре головного мозга чрезвычайно благоприятствуют усилению в зоне раппорта замыкательной деятельности. Именно в силу этого, по словам И. П. Павлова (1927), «...гипнотизируемому можно внушить все противоположное действительности», как и вызвать реакции, явно противоречащие действительным раздражениям. Это свидетельствует о значительной силе словесного воздействия, которое может быть оказано на многие процессы в организме, в том числе и на функциональное состояние самой коры мозга.

Все это было в свое время подтверждено физиологическими исследованиями. Так, Н. И. Красногорский (1939) при изучении деятельности головного мозга детей и подростков установил, что в коре мозга, находящейся в состоянии гипнотического торможения, «могут в ее бодрствующих полях образоваться исключительно сильные и стойкие рефлексы». Речь идет о клинических исследованиях С. Л. Левина, которые показали, что внушение еды яблока, сделанное во внушенном сне ребенка, вызывает вдвое большую секрецию слюны, чем то же внушение, но сделанное в бодрственном состоянии.

По Ю. А. Поворинскому (1953), слово «звонок», произносимое усыпившим, дает большую условнорефлекторную реакцию, чем самый звонок, на который в бодрственном состоянии был выработан рефлекс. Эти особенности сохраняются в условиях даже самого глубокого сонного торможения в сомнамбулической стадии гипноза.

В заключение следует остановиться на рассмотрении вопроса, почему внушение можно осуществлять только одним путем – путем словесного воздействия, оказываемого усыпляющим на усыпляемого? При этом оно всегда должно иметь форму приказа или указания, что именно в данный момент происходит или же произойдет когда-либо позже. Например: «Вы испытываете чувство радости!» или: «Вы держите в руке цветок!», или «Через час по пробуждении выполните то-то» и т. п.

Как можно думать, это обусловлено тем, что только второй сигнальной системе свойственны процессы обобщения и отвлечения, на основе которых, по-видимому, и образуются соответствующие новые корковые динамические структуры, являющиеся отражением в коре мозга содержания словесного воздействия. Отсюда следует, что только словесная форма воздействия и может создавать в коре мозга эти новые, обобщенные динамические структуры, содержащие в себе как первосиг-нальные и безусловнорефлекторные, так и речевые комплексы.

При этом такие динамические структуры оказываются связанными и с соответствующими анализаторами в коре мозга, и с подкорковыми центрами.

Возникает, естественно, второй вопрос: почему внушаемое реализуется, т. е. претворяется в форму определенного и целостного двигательного или же рецепторного акта?

Можно предполагать, что в данных условиях в коре мозга происходит процесс оживления следов аналогичной деятельности в прошлом. При этом реализация внушенного состояния или действия в виде соответствующей рецепторной деятельности, двигательного акта или эмоционального состояния возникает лишь тогда, когда оживление этих следов достигает определенной силы.

Реализация внушаемой мысля или исполнение приказа усыпившего в форме ответа на поставленный вопрос и т. д., по-видимому, осуществляется путем оживления следов прежней второсигнальной деятельности.

Обычно усыпленный дает достаточно правильные ответы на поставленные ему вопросы. Последнее обстоятельство нередко вводит исследователя в заблуждение, заставляя думать, что он имеет дело с сознательными ответами, в то время как в действительности ответы, имея сложную условнорефлекторную природу, могут осуществляться без участия сознания усыпленного. Об этом свидетельствуют факты полной амнезии вопросов и даваемых на них ответов (если только не было сделано специальное внушение о том, чтобы помнить о них после пробуждения). Так как кора мозга усыпленного находится в состоянии более или менее глубокого функционального расчленения на бодрствующие и сонные участки, ответная деятельность ее может осуществляться лишь постольку, поскольку между бодрствующими участками возможны процессы оживления прежних связей и образования на их основе новых связей и новых динамических структур.

Впрочем, путем соответствующих словесных внушений усыпивший может направленно растормаживать значительные районы коры мозга и таким путем расширять возможности корковой деятельности усыпленного.

ГЛАВА VI

АНАЛИЗАТОРНАЯ ФУНКЦИЯ

Тончайший анализ есть основная функция высшей части нервной системы.

И. П. Павлов

Прежде всего важно выяснить характер деятельности анализаторов в состоянии внушенного сна без каких бы то ни было специальных внушений. Как показали исследования, произведенные еще Брэдом (1845), Льебо (Liebeault, 1862) и Делкеном (Delken), во время внушенного сна деятельность рецепторных органов несколько притупляется, причем чем глубже этот сон, тем больше ослабевает как рецепторная деятельность, так и способность к восприятию. С точки зрения «настоящей физиологии головного мозга», именно так и должно быть, если рассматривать внушенный сон как тормозное состояние ряда участков коры мозга.

Детальное исследование состояния во внушенном сне кожного анализатора было проведено Е. С. Катковым (1941), который использовал для этого электрокожные раздражения. Он установил, что с углублением внушенного сна происходит понижение кожной болевой чувствительности. Начальные признаки гипальгезии отмечаются уже при наличии выраженной сонливости (первая стадия внушенного сна), явления анальгезии ярко выступают во второй стадии, для которой они особенно характерны. Вместе с тем если кожная анальгезия появилась, то она легко может быть усилена соответствующим словесным внушением. Наличие кожной анальгезии, возникающей в глубоком внушенном сне, подтверждено также экспериментальными исследованиями А. И. Картамышева (1942).

Исследование влияния словесного внушения на функциональное состояние анализаторов имеет особенно важное значение в связи с использованием слова как болеутоляющего фактора для подавления обостряющейся при известных условиях болевой чувствительности. Однако самая возможность обезболивания путем словесного воздействия требует объективных доказательств, так как наличие в этом случае анальгезии еще до сих пор многими авторами берется под сомнение. Так, с точки зрения психологов-субъективистов, нарушения в чувстви-

тельной сфере, вызываемые путем словесного внушения, носят «воображаемый» характер (Левенфельд, 1913; Кронфельд, 1927).

Конечно, это может быть доказано только путем физиологического эксперимента, бесспорно подтверждающего наличие действительного эффекта обезболивания или же, наоборот, устанавливающего факт симуляции этого состояния. Многочисленные клинические наблюдения убеждают, что такое воздействие может иметь место, хотя экспериментальных исследований по этому вопросу еще очень мало.

В русской литературе начало им положено работой В. М. Бехтерева и В. М. Нарбута (1902), в которой объективным признаком внушенной анальгезии, анестезии и гиперестезии служили реакции со стороны пульса и дыхания. Под наблюдением находилось 10 человек; раздражителем служил фарадический ток от санного аппарата Дюбуа-Реймона, сила которого при всех исследованиях оставалась одной и той же, а также уколы, наносимые булавкой. При внушении анальгезии и в состоянии бодрствования, и во внушенном сне реакции на наносимые раздражения со стороны пульса и дыхания в большинстве случаев совершенно отсутствовали, в меньшинстве же были слабыми. Это наблюдалось при нанесении сильных уколов, а также при использовании сильных фарадических токов. При внушении гиперальгезии пульсовая кривая претерпевала резкие колебания – амплитуда то увеличивалась, то, наоборот, подъем кривой почти полностью отсутствовал.

Приводим одну из сфигмограмм с ярко выраженной реакцией со стороны пульса на раздражение уколом в бодрственном состоянии и с почти полным отсутствием реакции на то же раздражение во внушенном сне при внушенной анальгезии (рис. 30).

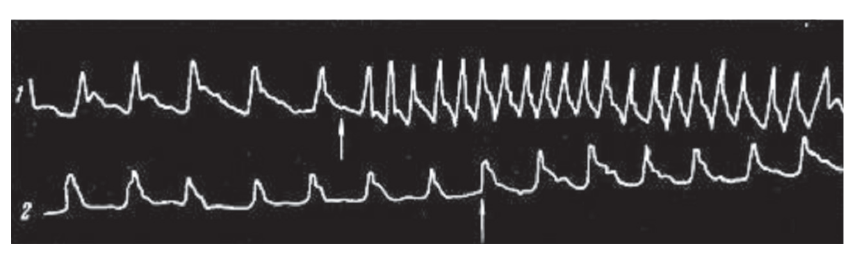


Рис. 30. Изменение пульса при болевом раздражении. 1 – укол булавкой в состоянии бодрствования; 2 – укол во внушенном сне после словесного внушения: «Укол безболезнен!» (по В. М. Бехтереву и В. М. Нарбуту, 1902).

Обращаясь к нашим исследованиям, приведем данные, касающиеся двух здоровых лиц. Раздражителями служили уколы, наносимые булавкой, и фарадический ток, сила которого определялась расстоянием между катушками санного аппарата Дюбуа-Реймона (с аккумулятором в первичной цепи в 1 V). Критерием болевых восприятий служило состояние дыхания исследуемых.

Полученные данные свидетельствовали об отсутствии при внушенной анальгезии реакции на укол (рис. 31 и 32) и на фарадический ток максимальной силы, который исследуемое лицо в период бодрствования при нормальной чувствительности кожи совершенно не выносило (рис. 33).



Рис. 31. Реакция дыхания во внушенном сне на болевые раздражения после различных словесных внушений. Стрелки обозначают укол булавкой.

Фарадический ток во время исследования непрерывно усиливался (путем постепенного сближения-катушек до нуля). В бодрственном состоянии электрические раздражения столь значительной силы исследуемые не выдерживали.



Рис. 32. Реакция дыхания на укол булавкой в состоянии бодрствования до и после словесного внушения: «Боли нет!»

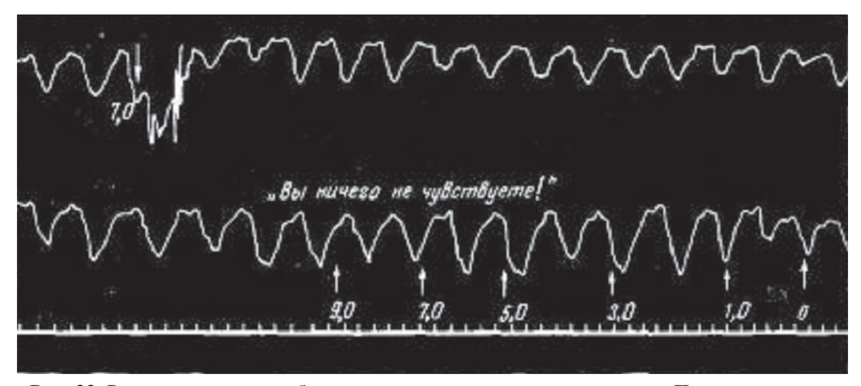


Рис. 33. Реакция дыхания на болевые раздражения во внушенном сне. После словесного внушения: «Вы ничего не чувствуете!» раздражение не вызывало изменения дыхания. Стрелки обозначают раздражение фарадическим током, цифры – расстояние катушек индуктория в сантиметрах.

Отметим, что наряду с отсутствием дыхательной реакции у наблюдаемых совершенно отсутствовали также какие бы то ни было внешние проявления эмоциональной реакции (рис. 34 и 35).

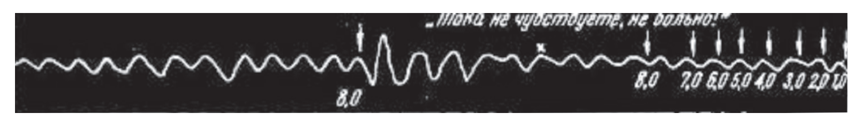


Рис. 34. Реакция дыхания на болевое раздражение в состоянии бодрствования и после внушенной анальгезии. Стрелки обозначают раздражение фарадическим током, цифры – расстояния катушек индукторія в сантиметрах

Вместе с тем при исследованиях, проведенных в бодрственном состоянии, мы руководствовались также словесным отчетом наблюдаемых, (см. исследования внушенной анальгезией, приведенные в конце I главы, где показателем отсутствия боли служило состояние пульса, что изображено на рис. 2 и 3; на этих же кривых отражены и пульсовые реакции на внушенное ощущение боли при мнимо нанесенном уколе).



Рис. 35. Реакция дыхания при словесном внушении воздействия несуществующего раздражителя.

Аналогичные результаты получены В. И. Здравомысловым (1938), а также Я. Л. Шрайбером (1948) при изучении вопроса о соотношении корковых и субкортикальных реакций.

Показательны исследования Ю. А. Поворинского (1949), пользовавшегося методом плетизмографии и кожно-гальванического рефлекса и установившего реальность внушенных кожных анестезий и гиперестезии.

По его данным, незначительные электрокожные раздражения, не дававшие ранее сосудистых и кожно-гальванических реакций, после внушения повышенной чувствительности к ним стали вызывать резко выраженные реакции. Наоборот, болевые электрокожные раздражения, обычно дававшие резкую реакцию, после словесного внушения об отсутствии чувствительности к ним совершенно не вызывали никакой реакции.

Таким путем была подтверждена возможность устранения словесным внушением действительно имеющихся болевых ощущений, так же как и внушения этим путем «ощущения боли», без нанесения соответствующего физического раздражения. Однако, как показали наблюдения

Внушение: «Вы ощущаете сильный ток!» вызывает изменение дыхания, а также мимическую и речевую реакцию исследуемого: «Больно, больно мне!» при внушенной анальгезии вегетативные реакции отсутствовали далеко не всегда.

Наличие этих реакций, по-видимому, говорило о том, что сонное торможение не достигло ближайшей подкорки.

Остановимся на давно известном из повседневной жизни наблюдении, когда одно появление врача (или приближение больного к его приемной) у многих больных влечет за собой успокоение болей, а иногда даже полное их прекращение. Так, нам приходилось наблюдать, что беременные, подготовленные к безболезненным родам соответствующим словесным внушением во внушенном сне, обычно не испытывали никаких болей в присутствии подготовлявшего их врача. В отдельных случаях выход врача в соседнюю комнату тотчас же приводил к возобновлению болезненных ощущений, о чем можно было судить по резко изменившемуся поведению роженицы (наблюдения наших сотрудников Р. Я. Шлифер, З. А. Копиль-Левиной и И. Т. Цветкова, а также наши).

Для объективного доказательства этого влияния в 1928 г. нами было проведено специальное исследование, в котором мы исходили из тех соображений, что условная болевая реакция вырабатывалась у больного не только на соответствующее содержание слова врача, но и на его вид, движения и т. д.

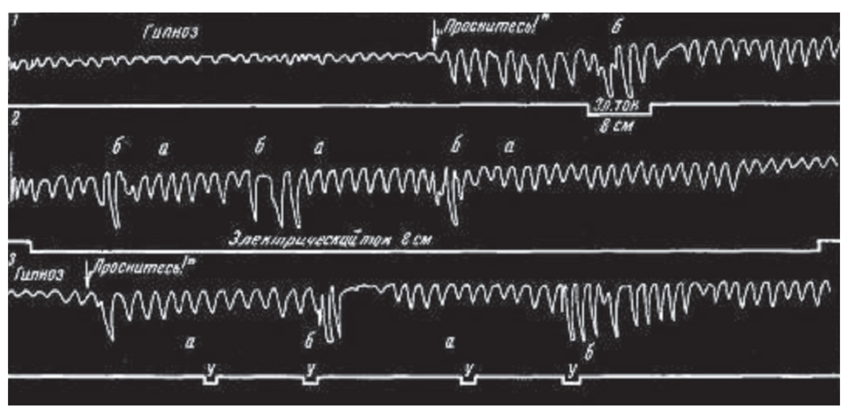


Рис. 36. Реакция дыхания на электрический ток и звук, ощущение которых с помощью словесного внушения поставлено в зависимость от наличия другого раздражителя. 1 и *2* – в гипнозе внушено: «В присутствии Ц. электрический ток не чувствуете, а при его отсутствии ток чувствуете!»; *3* – в гипнозе внушено: «В присутствии Д. вы не слышите!», *а* – присутствие постороннего лица; *б* – его отсутствие; *у* – удар молотком по железному листу. Цифры обозначают расстояние обмоток индуктория.

Во внушенном сне наблюдаемой была дана словесная инструкция: «В присутствии д-ра Ц. электрического тока вы не ощущаете, в отсутствие его ток чувствуете». После пробуждения наблюдаемой в отсутствие д-ра Ц. произведена проба при расстоянии катушек санного аппарата в 8 см; получилась четкая реакция на мгновенное замыкание (рис. 36). Затем, когда в присутствии д-ра Ц. фарадический ток был замкнут, он, как видно на кривой, не вызывал со стороны дыхания никакой реакции. Ее не было, пока присутствовал д-р Ц. Но стоило ему уйти на

несколько секунд в соседнюю комнату, как тотчас же появлялась как дыхательная, так и общая реакция с возгласом «Больно!». Исследование было повторено трижды с тем же постоянным эффектом. Затем было проведено то же исследование, но с образованием отрицательной реакции на звуковой раздражитель: наблюдаемой внушалось, что в присутствии лаборанта Д. она не слышит удара молотком по железному листу, в отсутствие же его слышит удар (нижняя кривая). Как можно видеть из кривых, внушение реализовалось полностью.

Данные этих исследований могут служить доказательством изменений, действительно возникавших в деятельности анализаторов при соответствующих словесных внушениях.

Каковы же механизмы изменения реакции исследуемого на болевые раздражения, идущие к коре головного мозга как с периферии, так и от внутренних органов?

Ответ на этот вопрос мы находим в работах А. Т. Пшоника (1952) из лаборатории К. М. Быкова, в которых объективным критерием служили сосудистые реакции (плетизмограммы), а условными раздражителями– словесные внушения и различные раздражители первой сигнальной системы. Как показали исследования, окончательное формирование болевых ощущений происходит не в зрительном бугре, как считалось до сих пор, а в коре головного мозга.

Эти исследования показали, что роль коры мозга в формировании болевого восприятия не ограничивается одним лишь образованием временных связей и анализом импульсов, поступавших с периферии. Кора мозга, как подчеркивает К. М. Быков (1947а), «как бы организует периферию», направляя и настраивая ее на определенные уровни деятельности и даже «часто навязывая периферии свои закономерности». К. М. Быков считает, что «наряду со способностью превратить подболевое ощущение в болевое, кора обладает также способностью угнетать, аннулировать боль, превращая болевые ощущения в подболевые». Все это относится но не только к болевым раздражениям но и к другим видам раздражения кожи. Последнее, по А. Т. Пшонику, доказывается превращением с помощью условного раздражителя безусловных болевых импульсов в безболевые (и наоборот), доминированием условных раздражителей над безусловными, а также физиологическим действием словесного раздражителя при выключенной периферии. В свете изложенных фактов раскрывается сущность «психогенных болей», как и психогенеза многих часто встречающихся заболеваний. Таким образом, «терапевтическая роль коры в утолении боли громадна» (К. М. Быков).

Аналоличные данные в отношении болевой чувствительности были получены Р. А. Фельбер-баумом (1950) в лаборатории К. М. Быкова, показавшим возможность выработки условного сосудистого рефлекса на болевой раздражитель, а также изменения данного сосудистого рефлекса (и интенсивности ощущения боли) при изменении функционального состояния коры больших полушарий, возникавшем при воздействии на нее брома или фенамина, при ломке динамического стереотипа и пр.

Этими фактами научно обосновывается методика обезболивания с помощью внушения словом, используемая за последние годы не только при малых, но и при больших хирургических операциях.

Как известно, первые хирургические операции, проведенные при одном лишь словесном внушении полного отсутствия боли, в нашей стране были осуществлены по инициативе и при личном участии П. П. Подъяпольского (1916), а затем при участии нашем и И. З. Вельвовского (1924).

Вместе с тем получает свое обоснование также возможность обезболивания словесным внушением в гипнотическом сне не только нормального родового акта, но и патологических родов и послеродовых хирургических вмешательств, причем, как показывает опыт, достигается полная безболезненность.

Нужно сказать, что снятие болевых ощущений путем внушения возможно не только при хирургических вмешательствах или родах. По нашим наблюдениям, болевые ощущения могут быть устранены при разных соматических страданиях непсихогенного характера, особенно в тех случаях, когда легко и быстро вызывается гипнотическое состояние. Так, мы с успехом купировали болезненные желудочные кризы у больного спинной сухоткой, снимали боли у страдавших раком и т. д.

В последние годы Н. П. Татаренко (1952) выдвинула концепцию о корковом субстрахе фантомных болей у больных с ампутацией, получающую свое подтверждение в успешном устранении этих болей как при медикаментозной терапии (С. Д. Каминский и Н. Д. Шевченко, 1949), так и при внушении словом в гипнотическом сне, проводившемся П. П. Подъяпольским (1916), К. И. Платоновым (1925), В. М. Кисловым (1929) и С. Д. Шварцманом (1946). В свете работ А. Т. Пшоника (1949, 1952) эта концепция также получает научное обоснование.

Для иллюстрации приведем одно наше наблюдение (1925).

У больной Р., 62 лет, 5 месяцев назад была ампутирована правая рука (по поводу злокачественного новообразования, причинявшего сильные боли). Однако ощущение отсутствующей конечности и мучительные боли оставались в прежней степени, причем применение наркотиков не давало эффекта. Больная страдала от болей и бессонницы. Примененная нашим сотрудником Р. Я. Шлифер гипносуггестивная терапия (12 сеансов) ликвидировала боли, а вместе с ними устранила и расстройство сна. Приведенные выше данные показывают, что во внушенном сне деятельность звукового анализатора вне зоны раппорта затормаживается, отвечая на первосигнальные звуковые раздражения значительно слабее, чем в условиях бодрствования или более поверхностного внушенного сна, и совершенно не реагируя на них в глубоком внушенном сне (см. рис. 8 и 9).

Вместе с тем известно, что словесным внушением соответствующего содержания можно вызвать полное прекращение восприятия звуковых раздражений. Так, исследования В. В. Срезневского (1917) показали, что при внушенной глухоте выстрел из револьвера, произведенный над самым ухом исследуемого, не вызывал с его стороны дыхательной реакции, тогда как без этого внушения реакция оказывалась весьма бурной.

В наших исследованиях, касающихся угнетения словесным воздействием деятельности звукового анализатора, мы учитывали реакции со стороны дыхания и кровяного давления. При этом, как видно из рис. 37, громкие удары в ладоши над самым ухом усыпленного вызывали дыхательную реакцию, но он не пробуждался (верхняя кривая). После соответствующего внушения: «Вы не слышите!»

этой реакции на те же удары, следовавшие друг за другом, уже не было (средняя кривая). Тот же раздражитель в состоянии бодрствования вызвал довольно бурную реакцию (нижняя кривая). На рис. 38 представлена картина реализации императивного словесного внушения глухоты, сделанного в бодрственном состоянии исследуемого; раздражителем служил удар молотком по железному листу.

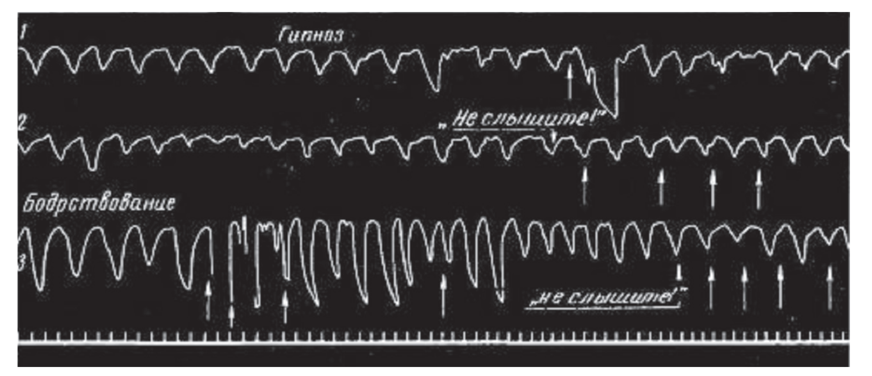


Рис. 37. Реакция дыхания на звуковой раздражитель до и после словесного внушения: «Вы не слышите!». 1 и 2—в гипнозе; *3* – в состоянии бодрствования. Стрелки обозначают удары в ладоши.

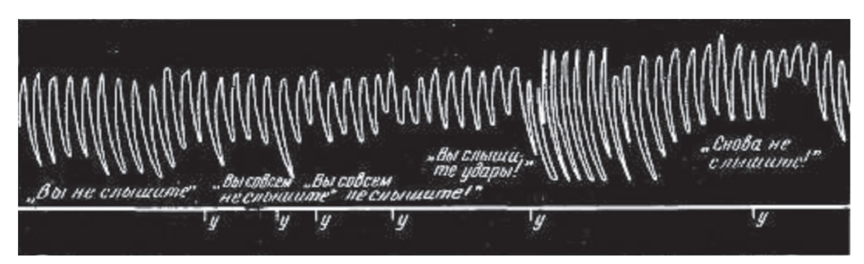


Рис. 38. Реакция дыхания на звуковой раздражитель в состоянии бодрствования после словесного внушения: «Вы не слышите!» и «Вы слышите удары!»; *у* – удары молотка по железному листу.

Ряд исследований был поставлен по методу условных рефлексов. С этой целью в лаборатории физиологии высшей нервной деятельности Харьковского педагогического института (зав. Е. С. Катков) после одного сочетания действия звонка и электрического тока был выработан стойкий дыхательный условный рефлекс на звук звонка. Как показывает кривая, после внушения глухоты (в бодрственном состоянии) этот рефлекс исчезал (рис. 39). Исследования проведены в 1929 г.

В аналогичных исследованиях, проведенных в 1929 г. А. М. Цынкиным совместно с К. К. Платоновым, в которых регистрировались пульс и артериальное давление, получены следующие данные.



Рис. 39. Влияние на дыхательный условный рефлекс, выработанный на звук, словесного внушения: «Не слышите!» и «Слышите!».

У исследуемой Б. артериальное давление в бодрственном состоянии 123–125 мм рт. ст., пульс 68 ударов в минуту, в состоянии внушенного сна артериальное давление 116–115 мм, пульс 60 ударов в минуту. Беспорядочное битье по всем клавишам рояля, произведенное во время внушенного сна и длившееся в течение одной минуты, вызвало сдвиг артериального давления до 126 мм, а пульса – до 70 ударов в минуту. После сделанного (в том же состоянии) внушения: «Вы не слышите!» тот же беспорядочный музыкальный шум не вызывал реакции ни со стороны пульса, ни со стороны давления. Наконец, тот же звуковой раздражитель после словесного внушения о полном восстановлении слуха снова вызвал ту же реакцию: артериальное давление повысилось со 116 до 127 мм, а пульс участился с 60 до 80 ударов в минуту (рис. 40). Аналогичные результаты получены у этой исследуемой также в бодрственном состоянии.

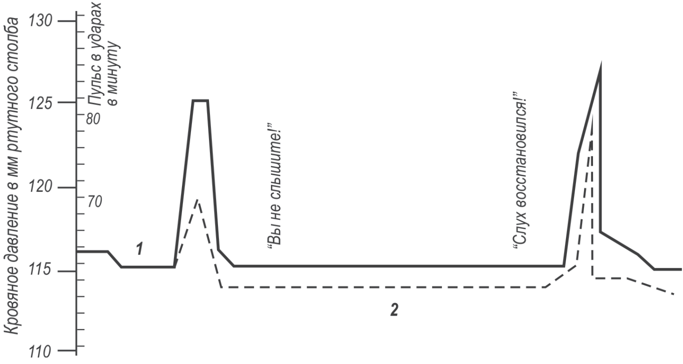


Рис. 40. Реакция кровяного давления *(1)* и пульса *(2)* на звуковые раздражители во внушенном сне после словесного внушения: «Вы не слышите!» и «Слух восстановился!».

И. М. Невский и С. Л. Левин (1932, лаборатория Н. И. Красногорского), пользуясь условнорефлекторным методом, регистрировали эффекты внушения глухоты в гипнотическом сне: после внушения данному субъекту, что он ничего не слышит, условный рефлекс на звук звонка не появлялся. Таким путем была показана действительная возможность экспериментального воспроизведения внушенной глухоты. Следует отметить, что в свое время такой метод исследования

был предложен В. М. Бехтеревым (19126) для обнаружения стимуляции глухоты, причем реальность внушенной глухоты проверялась методами плетизмографии и кожно-гальванического рефлекса.

По данным Ф. П. Майорова, И. И. Короткина и М. М. Сусловой (1951), словесное внушение глухоты, производимое в сомнамбулической стадии внушенного сна усыпленного, вело к исчезновению выработанных на звуковой раздражитель условных рефлексов и к уменьшению безусловных (мигательных) рефлексов, что указывало на полное торможецие условнорефлекторной связи со звуковым анализатором.

Р. В. Авакян и Р. А. Фельбербаум (1957) установили, что после внушения глухоты и пробуждения, т. е. в постпипнотических условиях, наблюдается следующее:

1) на звуковые сигналы, лежащие по интенсивности выше порога чувствительности, определенного в бодрственном состоянии (до 85 дб), реакция отсутствует;

2) при выработке дифференцировок резко выражено торможение;

3) восстановление мигательных условных рефлексов замедленно;

4) условные реакции на звуки при речевом и графическом подкреплении не имеют четкости;

5) при достижении звуковым сигналом пороговой интенсивности, необходимой для мигательных условий рефлексов, словесного отчета о наличии звука не возникает.

Все эти данные говорят о том, что внушенную глухоту нельзя считать «воображаемой», как это утверждали Левенфельд и другие зарубежные авторы. В результате внушения словом происходит реальное подавление функции соответствующих отделов не только коры мозга, но и подкорковой области, так как не возникает реакции ни со стороны пульса, ни со стороны артериального давления. Таким образом, здесь экспериментальным путем в известной мере воспроизводится аналог синдрома психогенной истерической глухоты.

Приводим пример из нашей диспансерной практики, интересный не только по эффекту словесного внушающего воздействия, но и по его методике.

Больная З., 21 года, кассирша, обратилась с жалобами на внезапно возникшую 5 дней назад полную потерю слуха на оба уха. По словам мужа, потеря слуха была связана с конфликтом из-за недоплаченной ей покупателем небольшой суммы денег, причем к вечеру того же дня больная отметила снижение слуха, а затем и полную двустороннюю глухоту. Четыре дня спустя без всякой видимой причины наступило некоторое облегчение: больная стала различать тихую речь, громкую же речь (по словам ее мужа) не воспринимала. Однако вскоре у больной вновь возникла полная двусторонняя глухота. Ничего подобного раньше у нее никогда не бывало, ушными болезнями не страдала, слух всегда был хорошим. По характеру больная мнительна, малообщительна, всегда боялась конфликтов и их избегала. По-видимому, она относится к слабому общему типу высшей нервной деятельности и художественному частному.

Для успокоения больной было написано на листке бумаги и предложено ей

прочесть следующее: «Болезнь не опасна и слух скоро возвратится полностью. Нужно только, чтобы мы делали поглаживания рукой по вашему лбу, что будет вас усыплять!» Во время этих поглаживаний больная начала постепенно засыпать, дыхание выровнялось. После этого ей начали делать легкие уколы булавкой в области одной из ушных раковин, т. е. была предпринята попытка растормаживания таким путем слуховой зоны коры.

Одновременно производилось внушение, сначала шепотом, потом тихим голосом с постепенным переходом к голосу средней силы, причем прежде всего было внушено: «Конфликт уже забыт; вы успокоились, недоплата никаких дурных последствий не вызвала, проснувшись, снова будете все слышать!» Затем внушалось: «У вас нет никакой болезни ушей, которая могла бы повлечь за собой снижение слуха!» Одновременно профилактически создавалась благоприятная установка на случай возможных психических травм в будущем. Больная проснулась с полностью восстановленным слухом. В течение 2 лет находилась под наблюдением; рецидива не было (наблюдение нашей сотрудницы З. А. Копиль-Левиной).

Следует отметить, что наступившее вначале некоторое улучшение слуха могло быть обусловлено появившейся самостоятельно парадоксальной фазой, ибо больная могла воспринимать лишь тихую речь.

Отметим, что при консультациях, проводимых нами в эвакогоспиталях, нам удавалось устранять явления постконтузионного сурдомутизма путем косвенного внушения в бодрственном состоянии пострадавшего. Выписывалась индифферентная микстура, и больному в императивной форме внушалось: «Прием каждой ложки микстуры помогает восстановлению слуха и речи! К концу 4-го дня лечения наступит полное выздоровление!» Соответствующим образом инструктировался врачебный и средний медицинский персонал, поддерживавший сделанное внушение. Из 6 больных у 5 наступил полный и стойкий положительный эффект.

Отметим, что словесное воздействие может оказывать влияние и на деятельность вестибулярного аппарата. Исследования, проведенные нами совместно с отиатром Я. А. Гальпериным, свидетельствуют, что и в этой области могут быть получены теоретически и практически важные данные. Исследования были проведены в Украинском психоневрологическом институте в 1928 г.

Приводим некоторые из этих исследований.

В бодрственном состоянии исследуемой Ш. произведено промывание слухового прохода левого уха 500 мл воды температуры 14°, что вызывало у нее с трудом сдерживаемые общие защитные движения и ясно выраженную вегетативную реакцию: побледнение, общую слабость, учащение пульса, тошноту, позывы на рвоту, а также расстройство статики. После манипуляции исследуемая Ш. почувствовала себя настолько плохо, что ее пришлось уложить. Внушением «все прошло, вы снова чувствуете себя хорошо!», сделанным в одноминутном внушенном сне, весь симптомокомплекс был устранен. По пробуждении Ш. вновь стала чувствовать себя хорошо, как и до промывания.

Через несколько минут после этого она снова была усыплена, причем во внушенном сне ей было внушено чувство онемения левого наружного, среднего и

внутреннего уха: «В левом ухе все онемело как снаружи, так и в глубине, вы ничего не ощущаете!» При промывании левого уха в условиях внушенного сна такой же порцией воды той же температуры, исследуемая Ш. оставалась совершенно неподвижной, продолжая спокойно спать сидя, без каких бы то ни было вегетативных реакций. Одинаковый эффект получился при исследовании в бодрственном состоянии после такого же словесного внушения, предварительно сделанного во внушенном сне. После пробуждения исследуемая Ш. потеряла слух на левое ухо, это произошло без специальной речевой инструкции в отношении слуха. Соответствующим одноразовым внушением слух был восстановлен. Это послужило добавочным доказательством коркового происхождения образовавшегося вестибулярного синдрома.

Аналогичный результат был получен у двух других лиц (исследование проводилось нами совместно с психиатром О. И. Марконом и физиологом М. Л. Линецким).

Приводим краткий протокол одного из этих исследований.

Исследуемая Ч., 62 лет. Калорическая проба проводилась на левом ухе: 1) на орошение левого уха водой, нагретой до температуры тела, никакой реакции не возникло; 2) холодовая калорическая проба, произведенная в бодрственном состоянии, вызвала яркую аффективную реакцию, нистагм вправо, промах влево, побледнение лица, головокружение, тошноту.

После перевода исследуемой в состояние внушенного сна было сделано внушение: «По пробуждении у вас возникает нечувствительность левого ушного аппарата – внешнего, среднего и внутреннего!» Произведенная по пробуждении аналогичная холодовая калорическая проба не вызывала какой-либо аффективной реакции, нистагма и промаха также не было. У исследуемой отмечена глухота на левое ухо и анальгезия в окружности левой ушной раковины. Слух был восстановлен с помощью противоположной словесной инструкции. Повторное исследование дало те же результаты.

Показательными являются исследования М. С. Медведовского и И. М. Невского (1940): в бодрственном состоянии (а иногда в состоянии внушенного сна) исследуемым внушалось в одних случаях, что вращается комната, в которой они находятся, а в других, что вращается кресло, в котором исследуемый сидит. В том и другом случае наблюдался как корковый, так и мозжечковый нистагм, что свидетельствовало о наличии функциональной связи вестибулярного аппарата с корой мозга.

Аналогичны данные Бауэра и Шильдера (Bauer u. Schilder, 1927). Наблюдаемой, находящейся во внушенном сне, делалось словесное внушение: «Ваше тело проделывает во вращающемся кресле, на котором вы сидите, вращение вокруг своей оси!», причем указывалось направление вращения. В ответ на это у исследуемой возникал симптом отклонения указательного пальца такой же точно, как и после действительного вращения в ту же сторону (Эти данные нами заимствованы из статьи Н. Н. Тимофеева в журнале патология и психиатрия», 1986, в. 11).

Весьма важно обратить внимание на возможность психогенного возникновения стойких патологических реакций со стороны вестибулярного анализатора,

что нередко недооценивается как отиатрами, так и невропатологами. Яркой иллюстрацией этого является положительный результат психотерапии (в ряде случаев) тяжелой и затяжной формы синдрома Меньера, на длительный период времени полностью или частично лишавшей больных работоспособности. Приводим примеры.

1. Больной Л., 42 лет, обратился с жалобами на ежедневные приступы тяжелых головокружений, сопровождающиеся рвотой и резким гипергидрозом, и на резкий шум в ушах. Не может смотреть на движущиеся предметы, на правое ухо не слышит, тяжелое угнетенное состояние, постоянная боязнь приступов. Болен более полутора лет, отмечается нарастающее снижение работоспособности.

После 3-го сеанса словесного внушения, проведенного во внушенном дремотном состоянии больного, наступило резкое улучшение, после 6-го – больной приступил к занятиям, после 10-го – шум в ушах исчез и больной начал слышать на правое ухо. Всего было проведено 20 сеансов, полностью восстановивших работоспособность и окончательно устранивших боязнь приступов. Положительный катамнез в течение 10 лет, работает с полной нагрузкой. Ряд легких приступов, возникавших в связи с гриппозной интоксикацией и после резкого переутомления, не снижал общего уровня работоспособности (наблюдение Е. С. Каткова).

2. Больной Б., 54 лет, синдром Меньера 25-летней давности, резко усилившийся и участившийся за последние 3 года. Приступы головокружений со рвотой и потливостью часто идут сериями, один за другим, причем в этих случаях больной вынужден лежать в постели. Жалобы на мучительный шум в левом ухе, особенно в тишине. На левое ухо не слышит с 1925 г. В 1950 г. после тяжелого приступа на улице (во время которого едва не попал под трамвай) стал бояться ходить в одиночку. Снизилась работоспособность, появилось тяжелое сознание бесперспективности лечения. В анамнезе ряд психических травм и тяжелых переживаний.

Систематически проводившиеся сеансы внушения словом во внушенной дремоте резко улучшили общее состояние больного, устранили страх приступов. После 30 сеансов приступы прекратились, шум в ухе резко ослабел, слух в левом ухе восстановился, хотя отиатры считали его потерянным. В настоящее время работает с большой нагрузкой, пользуется всеми видами транспорта, что в течение ряда лет фактически, было для него недоступным (наблюдение Е. С. Каткова).

Нужно подчеркнуть, что оба последних случая невропатологами и отиатрами толковались как вазопатия, связанная с артериосклерозом.

3. На этот раз речь идет об остром, психогенно развившемся на-3-й день после психической травмы тяжелом синдроме Меньера у обратившейся к нам женщины 42 лет. Диагноз невропатолога: энцефалит. Больная вынуждена лежать неподвижно, поворот головы вправо вызывает головокружение и сильную тошноту, при попытке принять сидячее положение наступает головокружение, тошнота и рвота, общая слабость. Применено словесное внушение во внушенном сне, сеансы которого в дальнейшем проводились ежедневно в течение 5 дней. После

первого же сеанса больная могла сидеть спокойно, после второго стала вставать и с осторожностью ходить, еще после трех постепенно восстановилось общее благополучие. Была под наблюдением в течение 3 лет; рецидива не отмечалось (наблюдение автора).

Применение словесного внушения дает также возможность бороться и с морской болезнью как в случае морского плавания, так и в других аналогичных условиях, например при езде в автобусах, при авиаполетах и т. п.

Для объективного доказательства изменения деятельности зрительного анализатора под влиянием того или иного внушения мы также воспользовались методом условных рефлексов.

У наблюдаемой Ш. (1928) был выработан дыхательный условный рефлекс на свет. Этот рефлекс, как и звуковой, образовался быстро и прочно: уже после одного сочетания вспышки света (электрической лампы) с электрическим током возникла дыхательная реакция на вспышку света. Когда рефлекс достаточно упрочился, было сделано словесное внушение: «Вы потеряли зрение, не видите!» После этого реакция на световое раздражение уже не получалась (рис. 41). Таким образом, в данном случае, как и в случаях со слуховыми раздражениями, метод условных рефлексов дает объективное доказательство изменений в состоянии зрительного анализатора.

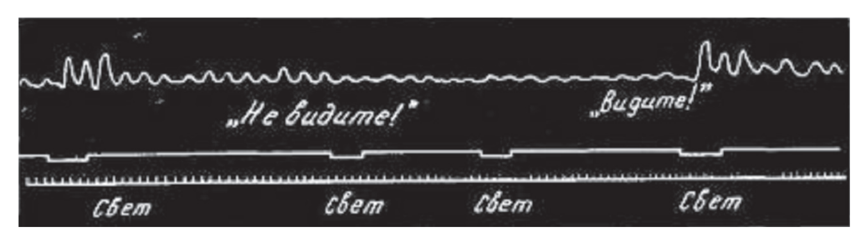


Рис. 41. Влияние на дыхательный условный рефлекс, выработанный на свет, словесного внушения: «Вы не видите!» и «Вы видите!»

Данные ряда аналогичных исследований указывают на реальную возможность возникновения функциональной глухоты и слепоты, нередко принимаемых клиницистами за органическую. Нам неоднократно приходилось наблюдать годами длившийся реактивный амавроз, трактовавшийся офтальмологами как ретробульбарный неврит. Вследствие этого в течение многих лет не проводилась необходимая патогенетическая терапия, направленная на устранение психической травмы, вызвавшей эту амавротическую реакцию. Применение же того или иного приема психотерапии обычно в весьма короткий срок (часто в 1-2 сеанса) полностью возвращало зрение к норме.

Приводим примеры.

1. Больная Б. страдала в течение 4 лет левосторонним амаврозом, который офтальмологи считали симптомом ретробульбарного неврита. Установленное нами наличие психической травмы дало возможность устранить этот амавроз путем однократного сеанса гипносуггесивной терапии, причем стойкость наступившего эффекта была прослежена на протяжении последующих 4 лет (наблюдение автора).

2. Больная с диагнозом ретробульбарного неврита направлена офтальмологической клиникой в Украинский психоневрологический институт. Одному из наших сотрудников (Р. Я. Шлифер) удалось выявить в анамнезе психическую травму, явившуюся причиной не поддававшегося обычному лечению 6-летнего расстройства зрения (острота зрения 0,1). Проводившаяся им психотерапия (ежедневные словесные внушения в бодрственном состоянии больной) улучшала остроту зрения ежедневно на 0,1-0,2 (согласно данным исследований, систематически проводившихся офтальмологической клиникой). Через неделю после начала лечения больная уехала домой с остротой зрения 0,9, сохраняя его на этом уровне в течение последующего 8-летнего катамнеза (наблюдение Р. Я. Шлифер).

3. У больной Л., 38 лет, под влиянием острой психической травмы возник двусторонний амавроз, не поддававшийся всем примененным приемам лечения. Проведено четыре сеанса разъяснения, убеждения и внушения в бодрственном состоянии, с повторением того же в дремотном состоянии, что полностью восстановило зрение (наблюдение автора).

Известно, что такого рода амавротические реакции на психотравму обычно хорошо поддаются речевой терапии. Так, В. И. Здравомыслов (1935) наблюдал случаи устранения двусторонних психогенных амаврозов под влиянием словесных внушений. Немало таких случаев описано во время первой мировой войны, когда только одна лишь гипносуггестивная терапия восстанавливала зрение.

Переходим к вопросу о возможности влияния путем внушения (а также самовнушения) на цветное зрение, т. е. на восприятие цветов и на цветоразличение. При работе в промышленности или на транспорте, связанной с цветной сигнализацией, это получает немаловажное практическое значение.

По вопросу о возможности психогенного расстройства цветоощущения нет полной определенности. В литературе имеются прямо противоположные суждения, причем одни авторы признают такую возможность, в то время как другие ее отрицают.

Известную ясность в этот вопрос может внести гипносуггестивный эксперимент. Так, Н. Е. Введенский еще в 1911-1913 гг. в своих лекциях указывал на возможность вызывания внушением в гипнотическом сне явления цветовой слепоты. При этом он отмечал, что под влиянием соответствующего внушения исследуемые переставали различать красную и зеленую части спектра и на вопрос, какого цвета даваемые им куски красной и зеленой материи, отвечали, что они желтоватого цвета. Таким образом, здесь, как говорит Н. Е. Введенский, «искусственно вызывалось явление, известное под именем дальтонизма». Однако объективных доказательств внушения ахроматопсии не было.

Наиболее доказательными могут быть исследования с помощью полихроматических таблиц Ишихара или Рабкина (со скрытыши цифрами разного цвета). Как известно, применение этих таблиц не только дает возможность отличить лиц

с расстройством цветового зрения от нормальных (трихроматов), но и установить симуляцию и диссимуляцию.

Исследованиями нашего сотрудника М. Д. Трутеня, проведенными в 1941 г. совместно с офтальмологом Ф. Ф. Марморштейн, с помощью этих таблиц у 42 исследуемых была показана возможность осуществления путем внушения во внушенном сне частичной ахроматопсии (на красный и зеленый цвета).

Идентичность результатов этих исследований, проведенных с помощью как таблиц Рабкина, так и таблиц Ишихара, достигает 80,4%. Приведем для примера одно из их наблюдений.

Больная Б., 42 лет, нормальный трихромат. До гипнотического внушения хорошо прочитывала на ряде таблиц скрытые красные цифры и фигуры. После соответствующего внушения, сделанного во внушенном сне, она не смогла прочесть ни одной из «красных» цифр на таблицах 1, 2, 3, 6, 7, 12 и 13 Ишихара и ни одной из скрытых «красных» цифр таблиц Рабкина.

С этими данными согласуются наблюдения Эриксона (Erikson, 1939), касающиеся 6 исследуемых, которым внушалась слепота на красный, зеленый и красный + зеленый цвета.

Все это лишний раз подтверждает положение школы И. П. Павлова о наличии в коре мозга также и цветового анализатора.

Ограничимся приведенными данными и примерами, указывающими на возможность психогенеза некоторых расстройств зрения, что требует соответствующего терапевтического подхода. То же нужно сказать и о расстройствах слуха, реактивное выпадение которого, хорошо известное психоневрологам, также не всегда учитывается отиатрами.

Возможно ли влияние речевого воздействия на состояние и деятельность других анализаторов?

Как отмечает И. П. Павлов (1951а), «тончайшие элементы и моменты скелетно-мышечной деятельности являются такими же раздражениями, как и раздражения, идущие от внешних рецепторов», а потому они также вступают во временные связи со всеми другими деятельностями организма. Отсюда мы можем ожидать, что через словесное воздействие возможно влияние на состояние кинестезического анализатора. Таким путем могут возникать психогенные (кортикогенные) нарушения деятельности тех или иных отделов двигательного аппарата.

Объективные доказательства происходящего под влиянием соответствующего словесного воздействия выпадения функций двигательного анализатора были получены С. Л. Левиным (1936).

Наблюдения велись над детьми по комбинированной условнорефлекторной секреторно-двигательной методике Н. И. Красногорского. В гипнотическом сне внушалось: «Вы перестали видеть, перестали слышать, перестали чувствовать раздражения вашей кожи!», т. е. осуществлялось выключение зрительного, слухового и кожного анализаторов, вследствие чего выработанные ранее секреторные и двигательные условные рефлексы исчезали. Секреция слюны уменьшалась (с 25 до 0-5 капель), одновременно отсутствовала двигательная реакция. То же имело место и в том случае, когда внушение было направлено на устранение не

рецепторных, а эффекторных функций, т. е. внушался двигательный паралич конечности.

По данным И. М. Невского (1949), сделанное в гипнотическом сне словесное внушение о наличии паралича верхних конечностей приводит к удлинению хронаксии флексеров этих конечностей в среднем в 2,5 раза по сравнению с ее величиной в том же состоянии внушенного сна, но до указанного словесного воздействия. Это является одним из объективных критериев реализации сделанного внушения.

Сказанное относится к кинестезическому анализатору и подтверждается наблюдениями параличей и гиперкинезов.

Приводим некоторые из них, не упоминая о хорошо известных «истерических» параличах движений.

1. Больная К, 23 лет, кондуктор трамвая. В анамнезе имеется указание на падение с трамвая навзничь без ушиба затылка, после чего в тот же день развился тик n. accessorii в форме так называемой салаамовой судороги (беспрестанные кивательные движения головы), так как, падая, больная сделала головой защитное движение вперед. Несмотря на длительное поликлиническое лечение, тик не прекращался в течение нескольких недель.

Под воздействием словесного внушения больная заснула быстро и глубоко. Уже во время засыпания насильственные движения стали уменьшаться и во время внушенного сна прекратились совершенно. Сделаны внушения успокоительного и ободряющего характера, забвения происшедшего. Проснулась без кивательных движений: салаамова судорога исчезла и больше не появилась. Таким образом, один сеанс словесного внушения во внушенном сне вызвал стойкое устранение возникшего навязчивого гиперкинеза.

Через месяц после этого она вновь перенесла физическую травму и была доставлена в сумеречном состоянии. Однако рецидива салаамовой судороги это не вызвало (наблюдение автора).

2. У больной Г., 16 лет, типичный хореический синдром. Постельный режим в течение 8 месяцев и общая укрепляющая терапия не давали эффекта, вследствие чего мать больной обратилась к нам. Из беседы выяснилось, что за несколько дней до заболевания на руках больной умерла ее сестра, страдавшая менингитом, что произошло в отсутствие матери. Возникло тяжелое переживание с самообвинением в смерти сестры. Больная стала худеть и постепенно развились хореические движения. Через год эти движения приняли ярко выраженный характер. Обычные методы лечения оказались безрезультатными.

После проведенной с нами беседы больная заявила близким, что ей стало легче: «Профессор сказал мне, что я не виновата в смерти сестры, у нее было тяжелое течение менингита, не поддававшееся лечению». После второй беседы наступило резкое улучшение и через 3 недели, постепенно ослабевая, хореические движения совершенно исчезли. С тех пор девушка здорова, окончила консерваторию, поступила на сцену. Когда через 3 года забеременела, снова появились хореические движения, которые после аборта прекратились.

У данной больной имела место психическая травма, вызвавшая перенапряжение и срыв высшей нервной деятельности, проявившийся преимущественно в форме хореического синдрома, т. е. патологической инертности раздражительного процесса, относящегося к двигательному анализатору. В начале лечения психическая травма не была учтена лечившими больную врачами, вследствие чего лечение оказывалось безрезультатным. Психотерапия в виде двух сеансов анамнестической и разъяснительной беседы, проведенных в бодрственном состоянии больной, полностью устранила весь патологический синдром (наблюдение автора).

Таким образом, путем словесного внушения соответствующего содержания оказывается возможным устранять функциональные нарушения деятельности скелетной мускулатуры, возникающие в форме параличей, навязчивых движений, ослабления мышечной силы и пр.

Речедвигательный анализатор также может быть.подвергнут внушающему воздействию слова. Путем соответствующего словесного внушения можно вызвать психогенные расстройства речи (мутизм), с одной стороны, и устранить эти явления – с другой.

Для иллюстрации приводим примеры из нашей практики.

Больная П., 57 лет, направлена в диспансер с заключением: ЛОР-органы без патологических изменений. На приеме больная мутична и афонична. Плачет, волнуется. По словам сопровождающего ее мужа, до болезни была впечатлительной, эмоционально лабильной, покладистой по характеру, трудолюбивой, исполнительной. Полтора месяца назад очень остро пережила обиду, когда ей в грубой форме было сделано незаслуженное замечание. Была угнетена, плакала. Заснув вечером, на утро не проснулась и также продолжала спать в течение 10 суток. За это время вставала (не просыпаясь) только для физиологических отправлений. Когда проснулась, не могла говорить, появилась плаксивость и расстройство сна. Медикаментозное лечение на протяжении месяца не дало эффекта, речь не восстанавливалась.

Данные письменного опроса больной и обследования ее соматического и неврологического статуса свидетельствовали о функциональном характере заболевания. Поэтому ей было уверенным тоном сказано:

«Врач вас усыпит, после чего по его требованию вы проснетесь с полным восстановлением речи!» Больная быстро заснула. После соответствующего внушения речь по пробуждении полностью восстановилась. Больная находилась под наблюдением в течение 6 лет, здорова, рецидивов не было (наблюдение нашей сотрудницы М. И. Кашгцур).

Нет сомнения в том, что в данном случае возникло запредельное торможение (выразившееся прежде всего в виде непрерывного 10-суточного сна), распространившееся также на речедвигательный анализатор. Однако, когда общее разлитое сонное торможение исчезло, речедвигательный анализатор оставался в патологически закрепившемся тормозном состоянии, пока, наконец, путем психотерапии это местное инертное состояние запредельного торможения не было устранено.

По-видимому, другие виды функциональных нарушений деятельности речедвигательного анализатора, выражающиеся в форме истерической эхолалии, вербигерации и пр., также могут быть устранены путем словесного воздействия во внушенном сне. Об этом свидетельствуют высказывания И. П. Павлова, что стереотипы скелетного движения могут и должны быть понимаемы как выражение «патологической инертности раздражительного процесса в корковых клетках, связанных с движением», персеверации же следует представлять себе так же, «только в клетках речевого движения».

Что касается других анализаторов, то аналогичными словесными воздействиями в них также могут вызываться соответствующие объективно устанавливаемые положительные и отрицательные реакции. Не останавливаясь подробно на каждом из них, ограничимся приведением достаточно показательных кривых (рис. 42-44).



Рис. 42. Реакция дыхания во внушенном сне на словесные внушения: «Хинин во рту!» и «Хинина нет во рту!».

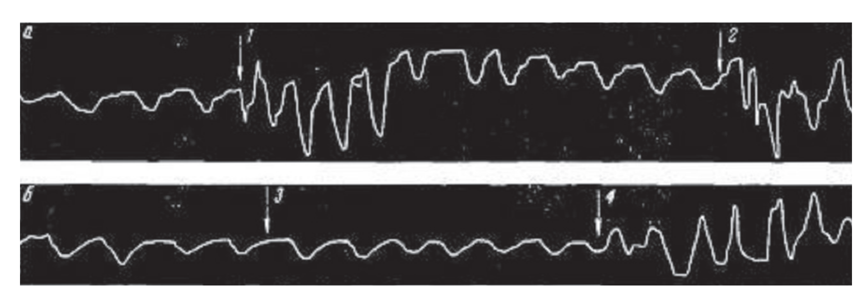


Рис. 43. Влияние словесного внушения на восприятие раздражений обонятельного анализатора во внушенном сне. *а* – реакция дыхания на реальное *(1)* и внушенное *(2)* вдыхание нашатырного спирта; б – реакция дыхания на реальное вдыхание нашатырного спирта после словесного внушения анестезии слизистой носа *(3)* и восстановления ее чувствительности *(4)*.



Рис. 44. Реакция дыхания на холодовое раздражение (опускание руки в воду температуры 14°) во внушенном сне до и после словесного внушения: «Рука ничего не ощущает» и «Рука ощущает!».

Следует отметить, что все сказанное выше в полной мере относится не только к экстерорецепторам, но и к интерорецепторам, ибо деятельность внутренних анализаторов организма человека также находится под влиянием коры мозга и также может претерпевать изменения путем словесного внушения. Иллюстрировать это могут наши наблюдения, относящиеся еще к 1928 г.

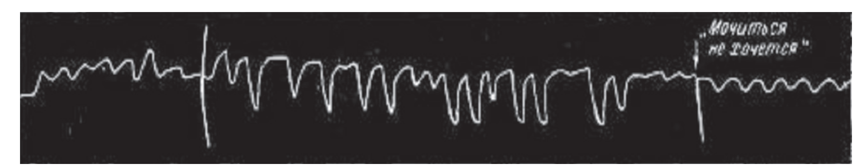


Рис. 45. Реакция дыхания во внушенном сне на интероцептивные раздражения со стороны шейки мочевого пузыря до и после словесного внушения: «Мочиться не хочется!».

Исследуемая Ш. в течение длительного времени находилась в состоянии внушенного сна, причем ее пневмограмма непрерывно записывалась (рис. 45). Неожиданно мы заметили, что спокойная до того времени ритмика ее дыхания оказалась явно нарушенной. На наш вопрос:

«Что вас тревожит?» Ш. ответила: «Мне нужно!» За полчаса до того ей было внушено, что она выпила один за другим три стакана воды, вследствие чего у нее возникли интероцептивные раздражения, идущие со стороны шейки мочевого пузыря. Ей тот час же было сделано отридательное внушение: «Мочиться не хочется!», после чего проявления беспокойства прекратились и кривая дыхания вновь стала ровной. После пробуждения у нее выделилось 225 мл мочи как результат сделанного внушения.

Итак, путем словесного воздействия оказывается возможным вносить изменения во все проявления деятельности различных анализаторов, как и в анализаторную функцию коры мозга в целом, усиливая или, наоборот, ослабляя ее и даже полностью прекращая деятельность отдельных анализаторов.

Все сказанное имеет весьма важное значение, свидетельствуя о том, что обе главнейшие функции коры мозга – замыкательная и анализаторная, – обеспечивающие уравновешивание человеческого организма с внешней средой, подвержены воздействиям слова. В силу этого последнее оказывается способным играть в системе высшей нервной деятельности человека немаловажную роль. В дальнейшем изложении приводятся многочисленные и разнообразные фактические данные, подтверждающие сказанное.

ГЛАВА VII

ИЗВРАЩЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

...В периферических аппаратах афферентных проводников мы имеем постоянное превращение разных видов энергии в раздражительный процесс. Почему бы при определенных условиях не происходить превращению энергии раздражительного процесса в энергию тормозного и наоборот?

И. П. Павлов

Описанные в предыдущей главе исследования касались непосредственного воздействия словом на деятельность анализаторов. Создаваемые таким путем явления выпадения функций (анальгезия, глухота и пр.) свидетельствовали о возникновении под влиянием речевого внушения в соответствующих участках коры мозга локального сна определенной грппы клеток. Явления же повышения этих функций свидетельствовали о возникновении тем же путем усиления возбуждения этой группы кледок. Таким образом, имелась прямая, непосредственная реакция на словесное раздражение того или иного элементарного содержания, например «больно» или «не больно» и т. д.

Переходим к рассмотрению еще одной группы исследований, в которых мы поставили задачу вызывать путем воздействия словом различные изменения (модификации) чувствительности корковых клеток, вплоть до полного ее извращения. Мы имели в виду четко определить ту роль, какую может играть слово, изменяющее самый характер отношения коры мозга к тому или иному раздражителю. Первая попытка в этом направлении была сделана нами еще в 1910 г. (стр. 84-85).

Как известно, возможность получения в хронических опытах на собаках извращенных реакций на безусловные раздражители впервые была установлена М. Н. Ерофеевой (1912) в лаборатории И. П. Павлова. В ответ на сильный фарадический ток, вначале вызывавший бурную двигательную оборонительную реакцию, ей удалось в дальнейшем получить слюнную реакцию при полном покое животного. Иначе говоря, электрокожный раздражитель был сделан услов-

ным возбудителем пищевой реакции, так как он подкреплялся пищей. В опытах М. К. Петровой, также проводившихся на собаках, сильный фарадический ток, сначала вызывавший сильное возбуждение, в дальнейшем стал вызывать сонное торможение. А. Г. Иванову-Смоленскому (1929) удалось в ответ на звуковой раздражитель значительной силы добиться развития у наблюдаемых им лиц сонного торможения и сна.

Как говорит по этому поводу И. П. Павлов, здесь происходит «превращение безусловного раздражителя одного рефлекса в условный другого», иначе говоря, «перевод нервного возбуждения с одного пути на другой» (в опыте М. Н. Ерофеевой реакция на болевое раздражение с болевого центра переключилась на пищевой центр) .

Проведенные нами в 1928-1932 гг. систематические исследования подтвердили, что словесный раздражитель, действительно, может быть фактором, устраняющим действие безусловного раздражителя или извращающим его значение. Мы имеем здесь в виду получение именно извращенных реакций, т. е. реакций, противоположных по своему характеру адекватным реакциям на действительные раздражители. По-видимому, в этом нет ничего неожиданного, ибо, как отмечают К. М. Быков и И. Т. Курцин (1952), «сила кортикальных импульсов может быть настолько велика, что она способна не только затормозить, но даже извратить врожденную безусловнорефлекторную реакцию».

Другая часть этих исследований посвящена вопросу о воздействии словесного внушения на работоспособность (на физическую работу). Наконец, наши клинические наблюдения дают основание утверждать, что самое отношение человека к тем или иным факторам внешней среды, в частности к ситуации, травмировавшей его психику, также может изменяться путем соответствующего словесного воздействия.



Рис. 46. Реакция дыхания на звуковое раздражение до и после словесного внушения: Удары вас не раздражают!». *У* – удары молотком по железному листу.

Приводим некоторые из них.

1. Наблюдаемой Ш., находившейся в бодрственном состоянии, в императивной форме сделано внушение: «Раздражавшие вас раньше удары молотком по железному листу, которые вы сейчас услышите, теперь уже вас не раздражают!». На рис. 46 мы видим положительный эффект реализации этого внушения: в то время как до этого в ответ на каждый наносимый по железному листу удар у Ш. возникала адекватная дыхательная реакция, которую она не могла произвольно задержать (см. рис. 10), после указанного отрицательного словесного внушения такой реакции уже не наблюдалось –сильные звуковые (безусловные) раздражения стали индифферентными для ее нервной системы. Таким образом, отношение коры мозга к данному раздражителю резко изменилось: под влиянием слова резкий звук удара молотка получил для нее совершенно иное значение.

2. Другой случай является еще более демонстративным. Той же наблюдаемой, находящейся в бодрственном состоянии, делается внушение: «Заснете при сильном стуке по столу молотком!». Этого оказалось достаточно, чтобы получилась соответствующая реакция, о характере которой можно судить по кривой дыхания: почти одновременно с сильным ударом молотка у Ш. опустились веки, а запись на барабане кимографа отметила спокойный начальный вдох и последующее более уплощенное поверхностное дыхание. Сделанное через некоторое время новое внушение: «Проснитесь при стуке!» вызвало соответствующую реакцию – при ударе молотка Ш. проснулась и кривая дыхания приобрела характер, отвечающий бодрственному состоянию (рис. 47).



Рис. 47. Различная реакция исследуемой на один и тот же раздражитель в зависимости от содержания словесного внушения. Запись дыхания. Стрелки обозначают удары молотком по столу.

Итак, если в первом случае путем словесного воздействия мы превратили сильный и резкий безусловный звуковой раздражитель в раздражитель, приводящий в состояние внушенного сна, т. е. в раздражитель условный, тормозной, усыпляющий, то во втором случае, при ином содержании произведенного внушения, тот же фактор был превращен в растормаживающий, возбуждающий раздражитель. Еще более показательными могут быть следующие два исследования, иллюстрируемые рис. 48 и 49.

3. На этот раз в качестве раздражителя мы пользовались весьма сильным громыханием большого листа кровельного железа. На это раздражение, как и на сильный удар молотком по тому же листу, наблюдаемая, будучи в бодрственном состоянии, отвечала бурной дыхательной реакцией, сопровождающейся повышением артериального давления (на 15 делений). Затем в том же бодрственном состоянии ей было внушено: «При ударе по железному листу заснете!», и в ответ на последующий удар молотка возникло сонное торможение, доказательством чего служили соответствующие изменения дыхания и артериального давления (в сторону его падения). Наконец, была дана следующая словесная инструкция: «При стуке метронома проснетесь, а заснете по прекращении стука». Кривая показывает эффект реализации данного внушения: при первом же стуке метронома последова-

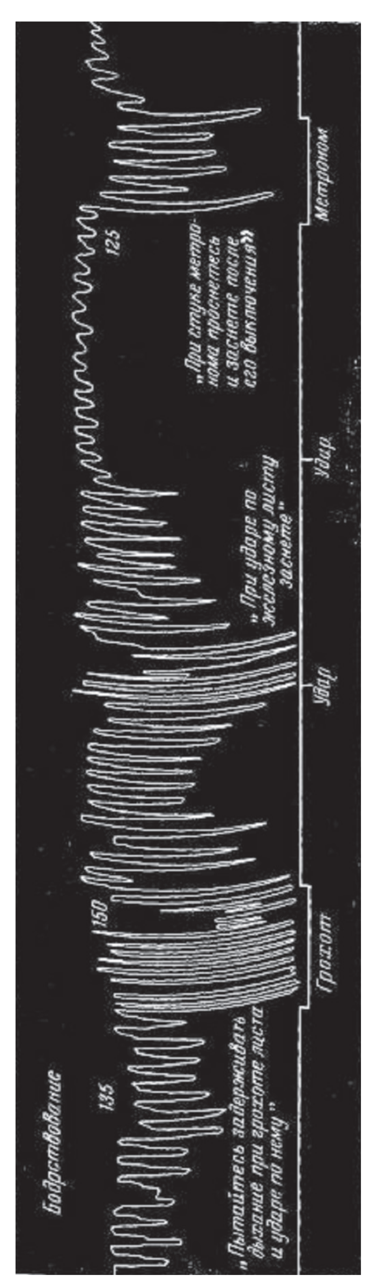


Рис. 48. Различная реакция исследуемой на звуковые раздражители в зависимости от содержания словесного внушения. Запись дыхания. Цифры обозначают величину кровяного давления.

ло пробуждение из состояния внушенного сна, при звуке ударов метронома – бодрствование, а по прекращении их – засыпание (рис. 48). Соответствующие этому изменению величины кровяного давления свидетельствовали о происходящих при этом сдвигах в состоянии вегетативной нервной системы.



Рис. 49. Влияние словесного внушения на реакцию исследуемого при действии звукового раздражителя. Запись дыхания. Цифры обозначают величину кровяного давления.

4. В данном случае имелось в виду вызвать извращенное отношение к длительно действующему звуковому раздражителю (непрерывное сильное громыхание листа кровельного железа). С этой целью наблюдаемой, находящейся в бодрственном состоянии, в императивной форме была дана словесная инструкция: «При первых звуках сильного громыхания заснете и, пока оно не прекратится, будете спать глубоким сном; прекращение же громыхания вас пробудит!». Действительно, первые же звуки громыхания привели наблюдаемую в состояние внушенного сна. При этом, судя по ходу пневмограммы, состояние внушенного сна развивалось в сторону его дальнейшего углубления; при прекращении же громыхания исследуемая тотчас же проснулась. При этом артериальное давление до усыпления было равно 135 мм рт. ст., во время внушенного сна – 130 мм, снижаясь до 125 мм, а после пробуждения опять стало 135 мм (рис. 49).

Нужно сказать, что все это вполне соответствовало тем извращенным отношениям, какие зачастую наблюдаются в повседневных условиях. Мы знаем, например, что во время грохота колес работающей мельницы мельник продолжает спокойно спать, но он тотчас же просыпается при прекращении грохота. По-видимому, больные в исследованиях Шарко засыпали под влиянием сильных раздражителей именно потому, что последние сделались для них условными возбудителями наступления сна.

Остановимся на другом ряде наблюдений, в которых словесный раздражитель также оказывался более сильным, чем безусловный физический раздражитель.

5. На предплечье наблюдаемой Ш., находящейся в состоянии внушенного сна, внезапно кладут (на 30 секунд) наполненный снегом резиновый пузырь (температура 0°). В ответ на это у нее возникает бурная дыхательная реакция. Спустя несколько минут после снятия пузыря его вновь накладывают (на те же 30 секунд), но при этом одновременно произносят громко и утвердительно слово «теплое», в результате чего реакция со стороны дыхания стала уже иной. Дыхание было зна-

чительно спокойнее, с меньшей амплитудой и более редкой частотой. Такое же воздействие, но с более энергичным и многократным повторением слова «теплое» дает еще более спокойную реакцию. Наконец, реальный холод, без предшествовавшего внушения, снова вызывает прежнюю бурную реакцию (рис.50).

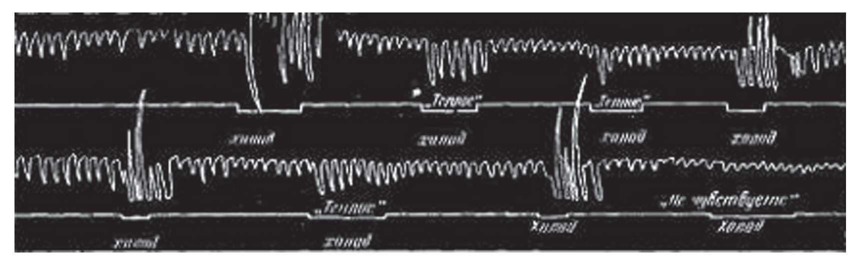


Рис. 50. Извращенная реакция дыхания на холод (снег), возникшая под влиянием словесного внушения: «Теплое!».

6. Вливание 500 мл воды температуры 14° в левое ухо наблюдаемой Ч., находящейся во внушенном сне, сопровождалось внушением: «Теплое!». Это приводило к возникновению у нее нистагма в левую сторону, отвечающего содержанию словесного раздражителя и оказывающегося извращенным по отношению к действительному безусловному физическому раздражителю. В противоположном случае – при вливании в то же ухо воды температуры 30° и одновременном внушении: «Холодное!» имел место нистагм в правую сторону, т. е. он также был извращенным по отношению к физическому раздражителю.

Таким образом, в обоих последних наблюдениях путем соответствующего внушения холодовая вегетативная реакция была превращена в тепловую, а тепловая – в холодовую (т. е. в обоих случаях адекватную содержанию словесного внушения). При этом характер реакций со стороны дыхания также соответственно изменялся.

В аналогичных исследованиях Н. Леви и Р. Лейднера наблюдаемой, сидящей в состоянии внушенного сна на вращающемся кресле, внушалось, что она вращается в кресле и в определенную сторону, вслед за этим кресло, действительно, вращали, но в противоположную сторону. Возникавший при этом симптом указательного пальца соответствовал не действительному вращению, а внушенному, т. е. второсигнальный фактор получал перевес.

Извращения реакций, создаваемые путем словесного воздействия, особенно четко показаны в последнее время в плетизмографических исследованиях А. Т. Пшоника (1952), когда болевые раздражения при наложении горячего (63°) под влиянием словесного условного раздражителя: «Даю теплое» (43°) вызывали не болевые, а тепловые ответные реакции.

Упомянем об относящихся к той же категории исследованиях Маркуса и Сальгрена (Marcus, Sahlgreen, 1925, Стокгольмская нервная клиника). Путем словесного внушения во внушенном сне им удавалось значительно ослабить влияние на вегетативную нервную систему адреналина, атропина и пилокарпина, а также

снизить воздействие инсулина на количество сахара в крови одного больного диабетом (путем сделанного ему словесного внушения, что «впрыскивается вода», в то время как фактически имела место инъекция одного из этих веществ).

Гесслер и Гансен (Gessler, Hansen, 1927) исследовали изменение основного обмена под влиянием внушений словом. Наблюдаемые были обнажены и находились в состоянии внушенного сна в помещении при температуре 0°С. Им внушалось ощущение теплоты. По данным авторов, основной обмен при этом оказался таким же, каким он был в обычных температурных условиях, т. е. совершенно неизмененным. В другом случае исследуемым, находившимся в лаборатории при комнатной температуре, внушалось ощущение сильного холода, что вызывало соответствующие этому значительные изменения со стороны обмена веществ, повышавшегося на 20-30%.

Переходим к исследованиям, посвященным извращению путем словесного внушения характера воздействия безусловных химических раздражителей.

7. У нашей исследуемой в бодрственном состоянии, как и в состоянии внушенного сна, в ответ на вдыхание запаха нашатырного спирта неизменно возникала резкая эмоциональная реакция отрицательного (оборонительного) характера, сопровождавшаяся появлением на глазах слез. После императивно сделанного внушения: «Это не спирт, а фиалки!» ее реакция резко изменилась: она начала вдыхать запах нашатырного спирта полной грудью, при исчезнувшем брюшном дыхании, а на лице появилось выражение удовольствия. После отмены этого внушения снова возникла прежняя бурная отрицательная реакция, отвечающая реальному раздражителю (рис. 51).



Рис. **51.** Различная реакция дыхания на раздражение нашатырным спиртом в зависимости от содержания словесного внушения. Стрелки обозначают вдыхание нашатырного спирта.

В дальнейшем мы совместно с психологами А. Н. Мацкевич (1931), М. С. Лебединским (1941) и Е. Н. Козис (1951) решили выяснить возможность снятия путем соответствующего внушения во внушенном сне воздействия умеренной дозы алкоголя, т. е. возможность изменения отношения нервных клеток высших отделов центральной нервной системы к вводимому алкоголю.

8. Пяти наблюдаемым, приведенным в состояние внушенного сна, делалось внушение: «После пробуждения вами будет выпит безалкогольный напиток» (нарзан, ситро и. т. п.), фактически же после пробуждения они выпивали соответствующее количество (150-200 мл) крепкого (20°) портвейна. Никаких обычных внешних признаков опьянения, возникавших у них до этого, не имелось, что объективно проверялось путем соответствующих психологических тестов, исследо-

ванием вегетативных реакций и поведением исследуемых. Аналогичные наблюдения позднее были опубликованы также проф. А. И. Сумбаевым (1946).

Затем были произведены исследования обратного порядка: наблюдаемым, находящимся в состоянии внушенного сна, делалось внушение, что ими принято внутрь 200 мл 20° портвейна, в то время как фактически они выпивали такое же количество чистой воды. При этом внешнее поведение исследуемых, их вегетативные реакции и данные экспериментально-психологического исследования указывали на изменения, соответствующие таковым при реальном воздействии алкоголя, вплоть до электро-кардиографической картины, что подтверждено исследованиями, проведенными в 1953 г. нами совместно с М. Л. Линецким.

Приводим данные этих исследований.

9. До начала исследования частота сердечных сокращений наблюдаемой Н. равнялась 66 в минуту. Через 15 минут после приема 50 мл алкоголя частота сердечных сокращений увеличилась до 73 в минуту (учащение на 7 сокращений), сопровождаясь объективными признаками возбуждения, гиперемией лица, повышенной подвижностью и т. д. После внушения: «Проснетесь трезвой!», сделанного во внушенном сне, исследуемая Н. проснулась в нормальном бодром состоянии. После пробуждения число сердечных сокращений 68 в минуту (как и до приема алкоголя). Таким образом, соответствующее внушение, сделанное в состоянии внушенного сна, действительно освободило Н. от проявлений действия алкоголя.

10. Той же наблюдаемой, приведенной в состояние внушенного сна, сделано внушение: «После пробуждения вами будет выпито 50 мл алкоголя». После пробуждения Н. выпила около полустакана чистой воды, причем утверждала, что пьет водку. Частота сердечных сокращений через несколько минут при всех внешних проявлениях умеренного алкогольного опьянения равнялась 75 в минуту, т. е. оказалась равной частоте, имевшей место в условиях реального действия алкоголя. Последующее словесное внушение о наступившем отрезвлении снизило частоту сердечных сокращений до 70 в минуту, т. е. до исходного состояния.

В 1931 г. мы исследовали влияние внушенного (т. е. мнимо наступившего) отрезвления на эффективность физической работы на эргографе.

11. Исследуемая Д. в бодрственном состоянии выполняла работу на эргографе, выражающуюся в подъемах груза весом 4 кг с ритмом 120 в минуту (рис. 52, верхняя кривая). Через 2 минуты работы она выпила 200 мл 20° портвейна, после чего продолжала работу на эргографе. На 6-й минуте после приема портвейна появились явные признаки легкого алкогольного опьянения, что выразилось в значительном снижении эргограммы. После этого наблюдаемая приказом «Спать!» была быстро погружена во внушенный сон, в котором ей было сделано внушение: «Вами выпито не вино, а квас, опьянения не было, проснитесь!» При этом состояние внушенного сна длилось всего лишь 15 секунд. После пробуждения работа была тотчас продолжена, причем отмечено значительное повышение работоспособности.

12. После полутораминутной работы на эргографе (рис. 52, нижняя кривая) наблюдаемая в бодрственном состоянии выпила 150 мл портвейна, после чего в

сразу же вызванном внушенном сне, длившемся 5 секунд, было внушено: «Вы выпили зельтерскую воду, проснитесь!»

Первавая часть кривой (2) показывает работу на 6ой минуте после пробуждения: никаких внешних признаков опьянения не возникло (рис.52).

Как известно, А. О. Долину (1948, 1952) путем применения условного коркового торможения удавалось купировать действие токсических доз морфина. Говоря об этом, автор отмечает, что нервное состояние, вызываемое условными корковыми связями, при определенных условиях может получить перевес над состоянием, вызванным даже химическим или токсическим агентом (1948).

Не лишена значения возможность приспособления нервной системы к некоторым алиментарным (клубника, раки) фармакологическим и токсическим факторам, также осуществляемого путем соответствующих словесных воздействий. Сюда относятся, например, различные уртикарные явления, сопровождающиеся мучительным зудом, и другие проявления индивидуальной иевыносливости.

А. И. Картамышев (1942) приводит ряд наблюдений, когда словесным внушением во внушенном сне устранялись тяжелые сальварсанные дерматиты, препятствовавшие проведению соответствующей терапии. Сюда же могут быть отнесены наблюдения над десенсибилизирующим воздействием психотерапии при анафилактической крапивнице. В одном из наших наблюдений путем всего лишь одного сеанса словесного внушения во внушенном сне удалось купировать тяжелую анафилактическую крапивницу (К. И. Платонов, 1925а).

Небезынтересны исследования студента Ю. М. Левина (1952), которому путем словесного внушения удавалось устранять возникавшие у больных при лечении их эмбихином тяжелые побочные явления (головная боль, головокружение, потеря аппетита, боли в кишечнике, тошнота или рвота, расстройства сна, зуд и пр.). Из 14 больных, у которых ни одно из применявшихся медикаментозных средств не могло устранить токсического действия эмбихина, у 12 был получен положительный эффект с помощью слова как условного раздражителя.

Следует отметить, что А. О. Долин, Е. Г. Минкер-Богданова и Ю. А. Поворинский (1934), изучая влияние коры мозга на обмен веществ, также получили картину извращенных реакций. В частности, при изучении влияния коры мозга на углеводный обмен исследуемой, находящейся во внушенном сне, внушалось при даче ей концентрированного сахарного раствора: «Вы пьете дистиллированную воду!» В результате содержание сахара в крови не только не повысилось, но, наоборот, в первую треть опыта резко уменьшилось. Аналогичные данные получены также в работах М. Л. Линецкого.

А. Л. Гамбург (1956) изучал влияние словесного внушения на действие, оказываемое на организм человека такими химическими агентами, как кофеин и люминал. Исследования проводились у 20 студентов-медиков, находившихся в бодрственном состоянии и знакомых с влиянием на организм человека этих препаратов (что могло содействовать усилению влияния словесного воздействия). Показателями были кровяное давление и сердечно-сосудистые реакции.

При этому 10 испытуемых, обычно дававших на указанные препараты адекватную реакцию, под влиянием словесного воздействия были получены обратные

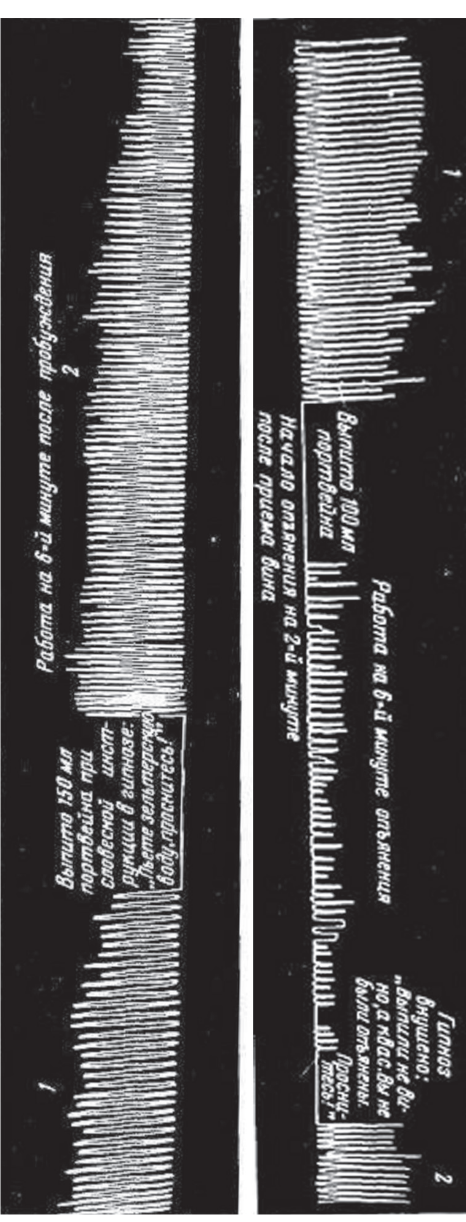


Рис 52. Влияние внушенного отрезвления на работоспособность. 1 – мышечные сокращения, записанные эргографом до приема спиртных напитков; *2* – то же после приема и словесного внушения

реакции, не соответствующие конкретному раздражителю.

Если при даче кофеина (в маскированном виде) говорилось, что это люминал, то реакции соответствовали мнимому люминалу: пульс замедлялся (на 5-11 ударов в минуту), артериальное давление снижалось (на 10-15 мм рт. ст.). То же получалось и в случае внушения, что дан кофеин, в то время как в действительности был дан люминал (под видом кофеина): реакция отвечала кофеину, а не реально данному люминалу–пульс учащался, артериальное давление повышалось.

Итак, во всех этих исследованиях (как и в описанных на стр. 112-120, рис. 47–56) условный словесный раздражитель не только оказывался сильнее безусловного, натурального, но и вызывал извращенную реакцию на безусловный, непосредственный раздражитель.

Приведем теперь ряд наших эргографических исследований с внушением облегчения груза. Под наблюдением находились женщина 38 лет и мужчина 36 лет, мгновенно засыпавшие под влиянием короткой словесной инструкции: «Засыпайте!»

1. Наблюдаемый Р., 36 лет, крепкого телосложения, обладавший большой мышечной силой, в бодрственном состоянии выполнял на эргографе Моссо работу: подъем груза весом 10 кг в ритм ударов метронома (104 удара в минуту). На кривой а (рис. 53) видно, что при выполнении этой работы явное утомление наступало уже на 4-й минуте. Через некоторое время после необходимого отдыха приступали к выполнению второй части исследования, состоявшей в том, что после полуминутной работы Р. приводился на 5 секунд в состояние внушенного сна, в котором ему внушалось: «Груз весит не 10 кг, а 5 кг, проснитесь и продолжайте работать!» При этом аналогичная картина полного утомления наступила только на 7-й минуте работы (рис. 53б).



Рис. 53. Изменение работоспособности путем словесного внушения в гипнотическом сне. *а* – мышечные сокращения, записанные на эргографе при грузе 10 кг; *б* – то же при мнимо облегченном грузе.

2. Наблюдаемая Д., 38 лет, в бодрственном состоянии поднимала груз в 20 кг двумя руками с максимально доступной для нее частотой подъемов, причем движения регистрировались на эргостате Иогансена. Работа проводилась в течение одной минуты, после чего исследуемая Д. заявила, что груз для нее тяжел (каждый раз поднимала его с видимым напряжением). Работа отражена на кривой а (рис. 54) и выразилась в 16 кг/м в течение одной минуты. Непосредственно после

этого исследуемая Д. была быстро приведена в состояние внушенного сна, в котором ей было сделано внушение (в течение 6 секунд): «Гири весят не 20 кг, а всего лишь 4 кг, проснитесь и начинайте работать!» После пробуждения немедленно была начата работа с тем же грузом, причем тотчас же обнаружилась разница в работе: исследуемая поднимала гири выше и чаще, без прежней напряженности (рис. 54б), причем в одну минуту была выполнена работа, равная 350 кг/м.

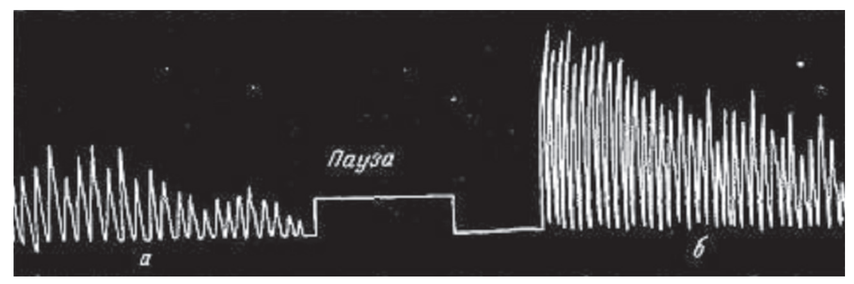


Рис. 54. Влияние на работоспособность (эргография) внушения об уменьшении веса груза. *о* – работа при грузе 20 кг; *б* – после внушения об уменьшении веса груза до 4 кг.

При производившемся одновременно с этим исследовании объема легочной вентиляции обнаружено, что в первом случае при подъеме груза без внушения облегчения его (кривая а) минутный литраж поднялся с 3,5 до 13,5 и реституция произошла в течение 4 минут. Во втором случае (с мнимым облегчением груза в 5 раз) минутный литраж поднялся с 3,5 до 7,7. Реституция произошла в течение 2,5 минут (рис. 55).

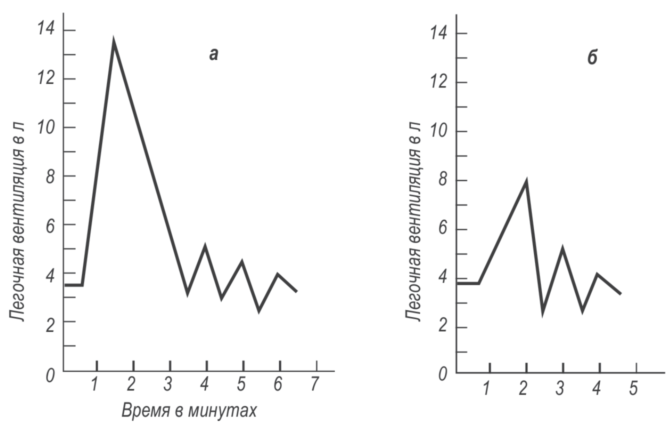


Рис. 55. Легочная вентиляция при мышечной работе до *(а)* и после *(б)* внушения об уменьшении веса груза в 5 раз.

3. Та же наблюдаемая. Записана эргограмма при подъемах груза весом 10 кг

с максимально достигнутым ритмом подъемов в минуту (рис. 56, а). Затем исследуемая на несколько секунд приведена в состояние внушенного сна. После внушения: «Гиря снята, ее нет, остались одни веревки, проснитесь, работайте!» наблюдалось увеличение работоспособности (рис. 56, б).

В последние годы М. Л. Линецкий (1957) сделал попытку выяснить пределы возможных внушений об облегчении физической работы, выполняемой исследуемым, находящимся во внушенном сне. Исследование было выполнено в такой последовательности. После того как при работе на эргографе Моссо у исследуемого наступало утомление, делалось внушение: «Поднимаемый вами груз облегчен в два раза!» После этого работоспособность тотчас же восстанавливалась. Когда утомление снова наступало, вновь делалось внушение, что груз облегчен еще в 2 раза. И так много раз подряд. Работоспособность многократно восстанавливалась. Однако степень восстановления становилась все меньшей и меньшей. В конце концов, работоспособность совсем не восстанавливалась.

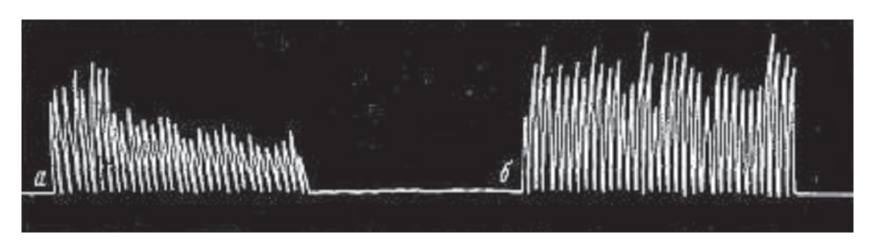


Рис. 56. Влияние на работоспособность (эргография) внушения об отсутствии груза. а – работа при грузе 10 кг; б – работа после внушения: «Гирь нет! Одни веревки!»

Но как только было сделано новое внушение о том, что нагрузка уменьшена в 4 раза, работоспособность снова резко возросла. Затем, когда снова наступило утомление, было сделано такое же внушение, и так многократно. Наконец, наступил такой момент, когда внушение об облегчении груза в 4 раза оставалось уже без эффекта. Тогда было внушено, что груз уменьшен в 10 раз. Опять работоспособность восстановилась и опять наступил момент, когда это внушение уже не влекло за собой восстановления работоспособности. Тогда было внушено, что груз уменьшен в 20 раз. И снова произошло восстановление работоспособности. На этом исследование было прервано. Повторные исследования, проведенные с другими двумя лицами, дали тот же эффект.

Аналогичные исследования, также касающиеся мнимо облегченной работы, по нашему предложению и при нашей консультации были произведены В. М. Василевским (1934) у ряда лиц в более сложных экспериментальных условиях: при езде на велоэргографе Крога с одним, двумя и тремя грузами и при подъемах на высоту 0,5 м чугунных гирь весом 5 и 10 кг и картонных макетов этих гирь.

Основываясь на данных, полученных им в этих исследованиях, автор приходит к выводу, что если в условиях внушенного сна делается словесное внушение об облегчении или, наоборот, утяжелении работы, производимой в произвольном темпе, то при стабильности темпа и нагрузки это вызывает соответствующие из-

менения в потреблении кислорода и частоте пульса. Если же после предварительного предельного утомления, вызванного кратковременной максимальной работой, делают внушение: «Сейчас работа для вас стала легкой!», то наблюдается увеличение выполненной работы и относительное снижение потребления кислорода. Внушение: «Вы сейчас не работали», сделанное непосредственно после окончания работы, вызывает падение интенсивности кислородного потребления в реституционном периоде и снижение частоты пульса. Наоборот, внушение о мнимо проведенной работе, сделанное в состоянии покоя, вызывает повышение газообмена, учащение пульса и увеличение двигательной хронаксии.

Более углубленные исследования в этом направлении были в дальнейшем проведены Д. И. Шатенштейном (1935). Теоретическая и практическая значимость этих данных состоит в том, что они лишний раз подтверждают влияние коры мозга на процессы газообмена, чему, как известно, посвящены специальные исследования Р. П. Ольнянской (1950). Они подчеркивают важную роль внушающего воздействия на некоторых лиц одних только суждений о «легкости» или, наоборот, «трудности» (тяжести) выполняемой работы. Эти данные подтверждают слова И. П. Павлова: «Факт, что гипнотизируемому можно внушить все противоположное действительности и вызвать реакцию, прямо противоположную действительным раздражениям». «Без натяжки, – говорит он дальше, – можно было бы понять как парадоксальную фазу в состоянии нервной системы, когда слабые раздражения имеют больший раздражающий эффект, чем сильные». «Можно представить себе, что она же (т. е. парадоксальная фаза. – К. П.) дает себя знать в тех нормальных людях, которые больше поддаются влиянию слов, чем фактов окружающей действительности». Вместе с тем И. П. Павлов подчеркивал, что существенный признак высшей нервной деятельности состоит именно в том, что бесчисленные сигнальные раздражители при определенных условиях меняют свое физиологическое действие.

Какие же физиологические механизмы лежат в основе такого рода извращенных реакций на воздействие безусловных раздражителей (в наших примерах – стука, холода, тяжести груза или же химических– нашатырного спирта, алкоголя)?

Можно думать, что здесь создаваемый речевым внушением мощный очаг возбуждения не только затормаживает (путем отрицательной индукции) следы прошлого опыта, сохранившиеся в коре мозга или подкорке от реального воздействия в прошлом данного физического или химического агента, но одновременно с этим оживляет те следовые реакции, какие сохранились от прямого воздействия положительного раздражителя, названного в словах внушения (например, в слове «теплое» при действительном воздействии холода). Это и ведет к реальному проявлению всех физиологических компонентов внушаемого состояния или переживания.

Вместе с тем, сам указанный выше процесс индукционного торможения следов прошлого опыта в свою очередь положительно индуцирует очаг возбуждения, создаваемый словами внушения, что еще более усиливает действие последнего.

Именно этим вызванным словами внушения торможением одних следовых реакций и оживлением других и обусловлена реализация внушения (например,

что выпита вода, в то время как в действительности был выпит алкоголь или, наоборот, что выпит алкоголь, в то время как в действительности была вода).

В отношении работы М. Л. Линецкого с создаванием внушением «прогрессирующего облегчения груза» следует сказать, что здесь, по-видимому, каждой новой формулой внушения («вновь наступает облегчение» и т. д.) в работу вовлекались новые, не работавшие до того корковые клетки кинестезического анализатора. Вместе с тем каждый раз создавались новые и новые условия оживления следов прошлого опыта. Таким образом, речь здесь шла не об одних и тех же корковых клетках. Можно предполагать, именно в изменении характера сигнальных раздражителей и лежит причина указанного И. П. Павловым изменения их физиологического действия.

По-видимому, именно в этом и лежит причина явлений, наблюдающихся столь часто в повседневной жизни, когда положительные и отрицательные внушения и самовнушения нередко влияют на наше поведение, на взаимоотношения людей, на весь ход событий нашей жизни.

Эти явления получили свое отражение также в художественной литературе: вспомним «Ревизора» Гоголя, «Отелло» Шекспира, "Горе от ума" Грибоедова, русскую пословицу «Не по хорошу мил, а по милу хорош!», наконец, слова Мольера, иронизирующего в «Мизантропе» над непомерной влюбленностью: «Влюблен он в бледную – она белей жасмина, красавица, как смертный грех, черна – смуглянкой страстною зовет ее картинно» и т. д.

Для иллюстрации приспособления человека к внешним условиям среды или даже извращенного отношения к этим условиям, которое можно вызвать путем соответствующего словесного воздействия, приведем некоторые наши наблюдения из амбулаторной и клинической психотерапевтической практики.

1. Больная Т., 13 лет, страдает туберкулезным спондилитом. В течение 3 месяцев лежит в гипсовой кроватке, днем и ночью крайне раздражительна, капризна, поведение беспокойное, спит плохо. Все это обусловлено тем, что девочка не может примириться со своей вынужденной неподвижностью и невозможностью менять положение тела. Вследствие этого крайне измучила себя и своих родителей, вынуждая последних решиться на отмену этого крайне важного и необходимого при данных условиях терапевтического мероприятия.

Проведено три сеанса психотерапии во внушенном дремотном состоянии, что дало положительный результат. Больная стала вполне спокойной и терпеливо пролежала в гипсовой кроватке в том же положении еще в течение нескольких месяцев, причем повысился аппетит и восстановился нормальный ночной сон (наблюдение автора).

2. Больная С., 25 лет, обратилась с жалобами на чрезвычайную раздражительность, вспыльчивость (до «злости», до избиения любимого малолетнего сына). Раньше была доброй, спокойной, уживчивой, трудолюбивой и волевой. После такого рода «взрывов» возникает сильный упадок сил, бессонница. Начало невротического состояния относит ко второму году своего замужества, когда сложилась

тяжелая, психически травмирующая семейная обстановка (проживающая вместе с ними ее свекровь оказалась алкоголичкой, а брат мужа – слабоумным, требующим постоянного ухода). С течением времени невротическое состояние прогрессировало, особенно в связи с возникшим алкоголизмом мужа. У нее стали возникать боли в желудке и рвота после еды. Поликлинический диагноз: язва желудка. Стали соблюдать предписываемую врачами строгую диету, началось исхудание, поликлинические лечебные мероприятия не дали положительного результата. В дальнейшем применена психотерапия.

Анамнез в данном случае говорил о наличии тяжелого психогенного (ситуационного) неврастенического синдрома в форме раздражительной слабости, возникшего в условиях хронической психической травматизации. После разъяснительной и успокаивающей беседы проведено 6 сеансов мотивированного разъяснения и убеждения как в бодрственном, так и в гипнотическом состоянии примерно такого содержания: «Ведь вашей чрезмерной нервностью вы не избавите свекровь от ее злоупотребления алкоголем, а брата мужа от его умственной слабости. Лучше позаботьтесь о лечении свекрови, так как алкоголизм излечим, ведь я уже приводил ряд таких примеров. А слабоумный нуждается в соответствующем уходе. Всем этим вы семье обеспечите спокойствие, а себе выздоровление. Ваше здоровье необходимо для воспитания вашего сына. Мои внушения, несомненно, избавят вас от нервности и дадут вам спокойный ночной сон. Как наука доказала, хороший сон укрепляет нервную систему и восстанавливает аппетит. Вместе с тем он укрепит вашу волю в борьбе с нервностью и поможет спокойно относиться к сложившейся у вас семейной обстановке. Все это поможет разумно воспитать вашего сына, к его поведению вы уже относитесь спокойно. Испытываемые вами боли в желудке вызваны вашей нервностью, а не язвой желудка, которой у вас нет».

После каждого такого сеанса больная в течение 40-60 минут оставалась в состоянии внушенного сна-отдыха с внушением забвения пережитого. При этом те же внушения делались повторно еще несколько раз. Диета была немедленно полностью отменена. В результате после каждого проведенного сеанса отмечалось прогрессирующее улучшение самочувствия и полная реализация внушенного правильного отношения к сложившейся тяжелой семейной ситуации.

Была под наблюдением в течение 8 лет; рецидива не отмечалось.

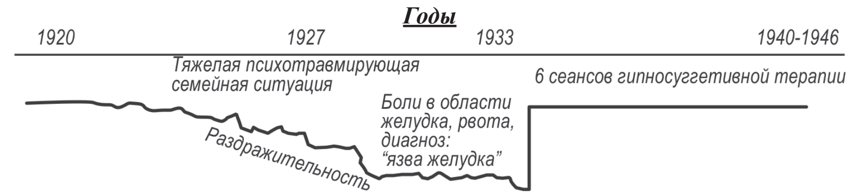


Рис. 57. Схема состояния больной С. за время болезни и после гипносуггестивной терапии. Понижение кривой обозначает ухудшение в состоянии больной.

В дальнейшем, в годы Великой Отечественной войны, пережила тяжелые условия эвакуации и потерю сына на фронте. Прежний синдром (в частности, гастрический) не рецидивировал. По словам больной, при трудных обстоятельствах жизни ее успокаивали оживляемые з памяти следы сделанных нами профилактических внушений (наблюдение автора).

Таким образом, словесным воздействием удалось резко изменить отношение коры мозга к травмирующим психику факторам, вернуть больную к нормальным условиям трудовой жизни (см. схематическую кривую на рис. 57, ход которой демонстрирует изменения в состоянии больной, происходившие в течение всей ее болезни).

3. Больная Н., 49 лет, несколько месяцев назад перенесла операцию удаления злокачественной опухоли левой грудной железы. После этого страдает навязчивым страхом возможного рецидива, вследствие чего развилось тяжелое угнетенно-тревожное состояние (двое соседей по квартире также страдали раковым заболеванием). Вследствие этого, по ее словам, «сделалась крайне тягостной для себя и для окружающих, утратила работоспособность и интерес к жизни».

Проведено три сеанса мотивированного словесного внушения, причем при первом сеансе больная была в бодрственном состоянии, при втором – в дремотном состоянии, при третьем – во внушенном сне. Больной внушалось спокойное отношение к ее заболеванию, уверенность в полном благополучии, восстановлении работоспособности и интереса к жизни и спокойное отношение к больным соседям. После этих сеансов состояние резко изменилось: стала бодра и работоспособна, спокойно относится к соседству с больными, оставалась здоровой и сохраняла спокойствие в течение последующих 3 лет (наблюдение автора).

4. Больная Т., 28 лет, страдает тяжелым полисимптомным истерическим неврозом с явлениями чрезмерной раздражительности и физическим истощением. Четырехлетнее поликлиническое лечение улучшения не дало. Причина заболевания – постоянная острая конфликтная ситуация в отношениях с соседями по квартире. Напоминание о них больную крайне волнует, что исключает возможность проведения убеждения и внушения в бодрственном состоянии. Приведена в дремотное состояние, в котором было внушено: «На присутствие соседей и на их разговоры никакого внимания больше не обращаете!». После 6 таких сеансов внушения с последующим внушенным сном-отдыхом весь симптомокомплекс исчез. Наблюдение свыше года показало, что Т. продолжает жить в тех же квартирных условиях, оставаясь вполне здоровой, бодрой, спокойной и жизнерадостной. Демонстрировалась на заседании психоневрологической секции Харьковского медицинского общества (наблюдение И. В. Халфона).

Таким образом, путем соответствующего словесного воздействия в некоторых случаях можно изменить отношение человека к семейной, бытовой или служебной ситуации, которая до того травмировала его психику.

ГЛАВА VIII

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ОСНОВНЫМИ КОРКОВЫМИ ПРОЦЕССАМИ

Конечно, надо думать, что в огромном большинстве случаев заболевание нервной системы есть нарушение правильных соотношений между раздражительным и тормозным процессами...

...При трудной встрече раздражительного и тормозного процессов мы получаем то преобладание раздражительного процесса, нарушающее тормозной процесс... то преобладание тормозного процесса... нарушающее раздражительный процесс...

И. П. Павлов

Как известно, у здорового человека нормальное соотношение между основными корковыми процессами, раздражительным и тормозным, если оно было чем-либо нарушено, обычно довольно быстро самостоятельно восстанавливается. Однако в случае значительного напряжения высшей нервной деятельности, например вследствие непосильных раздражений или же ошибки раздражительного и тормозного процессов, происходит более или менее длительное нарушение соотношения обоих процессов.

Практика показывает, что путем словесного внушения определенного содержания, сделанного в бодрственном состоянии или же во внушенном сне, оказывается возможным восстановить нарушенное нормальное соотношение основных корковых процессов.

Иллюстрировать это положение можно многочисленными фактами из психотерапевтической практики.

Как отмечает И. П. Павлов, «...одно из самых бросающихся в глаза, особенно интересных, особенно приложимых в неврологии и в психиатрии, это есть инертное состояние раздражительного процесса, т. е. такое, когда раздражительный

процесс делается упрямее, упорнее, менее скоро уступает место законно возникающим тормозящим влияниям».

Приводим примеры такого рода явлений и применения внушения словом, направленного к их устранению.

1. Больная М., 45 лет, работник суда, обратилась с жалобой на резко повышенную раздражительность и на постоянно преследующую ее боязнь оказаться невыдержанной по отношению к своим клиентам.

Не будучи в состоянии сдержать свою непомерную раздражительность, она при всей своей сознательности иногда, действительно, теряет способность управлять собой. В такую минуту ею овладевает чувство острой неприязни к людям, затем быстро проходящее. При этом она ясно понимает, что была неправа и нетактична. После этого «остается тяжелый осадок и неприятное чувство неумения себя сдерживать». Такие явления возникают не только на работе, но и в семье. Все это ее очень тяготит и беспокоит («прямо до болезненного состояния»), тем более что такое состояние длится почти 2 месяца. Не прерывая своей работы, больная не раз прибегала к помощи терапевтов и невропатологов.

Однако ее состояние не улучшалось, «оставаясь тяжелым как для себя, так и для окружающих».

Больная относится к сильному, уравновешенному типу высшей нервной деятельности, наследственность не отягощена. Работала 16 лет в суде, причем в последние годы была лишена возможности нормально пользоваться своим отпуском. По своей работе постоянно связана с людьми, обращающимися к ней с различными сложными претензиями, просьбами и недовольствами. Работа и положение требуют, чтобы она всегда была сдержанной, уравновешенной, внимательной и чуткой, какой она и была до заболевания. Однако вследствие значительного переутомления, вызванного чрезмерно напряженной работой, у нее появилась сильная раздражительность, невозможность владеть собой, «потеря силы воли», ею овладело «тяжелое чувство неприязни к людям».

Проведена психотерапия в виде 6 сеансов внушения во внушенном сне с последующим после каждого сеанса одночасовым внушенным сном-отдыхом. Подтверждая, что ее раздражительность и чувство неприязни к людям, действительно, явились результатом переутомления, мы ей внушали: «Делаемые вам внушения, как и гипноз-отдых, с каждым разом все более восстанавливают ваши силы, вы по-прежнему хорошо владеете собой и сохраняете свойственное вам полное спокойствие, самообладание и уверенность в себе. Ночью вы спите спокойно и крепко, забывая все впечатления дня!» и т. д.

После проведенного лечения больная, по ее словам, «почувствовала себя совсем другой»: ее «перестало мучить чувство боязни за себя, за могущую случиться неприятность от неумения себя сдержать, исчезла раздражительность и чувство неприязни к людям». Настроение стало ровным, спокойным, совершенно пропало долго преследовавшее ее чувство ожидания недоразумений с клиентами. «Я вошла в нормальную колею, – сообщила нам больная, – и единственное мое желание, чтобы это состояние у меня прочно сохранилось». После этого М. была

под нашим наблюдением в течение 3 лет, рецидива не наблюдалось. При этом она строго выполняла предписанные ей указания в отношении ночного сна и порядка чередования труда и отдыха (наблюдение автора).

У данной больной вследствие длительного переутомления и напряженной борьбы с нараставшей несдержанностью возникло значительное перенапряжение тормозного процесса, что и привело к его срыву. Тем самым создалось патологическое превалирование раздражительного процесса над тормозным, получившее свое выражение в неврастеническом синдроме (первая стадия неврастении по А. Г. Иванову-Смоленскому). Обычные методы успокаивающей и укрепляющей терапии не могли устранить этого состояния, ибо для этого требовалось воздействие совершенно иного типа, направленное непосредственно на кору мозга, в деятельности которой это нарушение и возникло. Следует отметить, что психотерапия с внушенным сном-отдыхом проводилась без отрыва от служебной деятельности больной.

2. Больной С, 28 лет, обратился с жалобами на чрезмерную раздражительность, приводящую к полной невозможности спокойно относиться к окружающим и владеть собой, потерю работоспособности, бессонницу, тревожно-угнетенное состояние. На службе делает грубые промахи, стал невыдержанным, за что получает замечания. Заболевание возникло 3 месяца назад, когда совершенно внезапно для него произошел разрыв с женой: она ушла от него, заявив, что любит другого. Прожил с женой 5 лет, продолжает ее любить, не может примириться с мыслью о случившемся. «Хочу забыть, но не могу! Ищу встречи с ней!», – говорит больной.

Во внушенном дремотном состоянии больного проведено 9 сеансов, в которых внушалось: «Прежнее чувство к жене вами забыто, вы стали к ней совершенно равнодушны, так как она недостойна вашего внимания. Это уже не друг, случайные воспоминания о ней или встречи вас уже не трогают. Ваше спокойствие полностью восстановилось, вы по-прежнему здоровы и работоспособны» и т. п. В результате чувство к жене резко ослабело: «Я как-то перестал о ней думать!», – говорил больной. При этом общее самочувствие и работоспособность пришли в нормальное состояние. Положительный катамнез 2 года (наблюдение Н. М. Зеленского).

Таким образом, у данного лица внезапно произошла непосильная для его нервной системы ломка динамического стереотипа, что привело к глубокому нарушению корковой динамики, проявившемуся в значительном превалировании раздражительного процесса и резком ослаблении тормозного, что снизило анализаторную функцию коры мозга и умение владеть собой.

В обоих приведенных нами примерах путем сеансов словесного воздействия, оказанного в дремотном состоянии или же во внушенном сне, нарушенное соотношение между основными корковыми процессами было восстановлено. Это было достигнуто путем внушения «восстановления полного спокойствия и умения владеть собой» (в первом случае) и «забвения прошлого чувства», оказывавшего при создавшейся ситуации травмирующее воздействие на корковую динамику больного (во втором случае).

Следует отметить, что роль этого весьма важного в физиологии высшей нервной деятельности процесса «забвения пережитого» особенно ярко подчеркивал в свое время Жане (Janet, 1903), отмечавший, что «одним из самых ценных приобретений патологической психологии было бы то, которое дало бы нам верное средство предавать забвению то или иное психологическое явление». Таким средством в данном случае оказалось внушение забвения, сделанное в дремотном состоянии. Такое внушение представляет замечательный прием, приводящий к решительному устранению последствий пережитой психической травмы.

Однако такой прием применим далеко не во всех случаях. Так, он был бы совершенно неуместен, например, в отношении факта потери близкого человека или другой такой же жизненной катастрофы, ибо факты не забываются. Но применение его оказывается весьма полезным в случае необходимости устранения остроты пережитого (например, нанесенной обиды, происшедшего конфликта, тяжелого переживания и т. п.). Вследствие этого к такого рода приему в ряде случаев следует прибегать, что мы и делали, как это видно из ряда приведенных нами наблюдений.

В результате же хронического превалирования тормозного процесса при быстрой истощаемости (слабости) раздражительного может возникнуть нарколепсия. Этот вид нарушения соотношения основных корковых процессов в известных случаях также может быть устранен путем соответствующего словесного воздействия.

Приводим пример.

3. Больной Т., 33 лет, обратился с жалобой на то, что при всех отрицательных переживаниях, испытываемых им, он тотчас же засыпает, что может происходить где угодно и когда угодно. Такими отрицательными переживаниями, вызывающими состояние сна, могут быть, например, какие-нибудь неприятные для него слова, сказанные по его адресу, нанесенное ему оскорбление или обида и т. п. Так, когда в приемной поликлиники врач сказал ему, чтобы он ждал своей очереди, этого было достаточно, чтобы он тотчас же заснул. Такие явления могут повторяться в течение дня несколько раз.

Причину образования такого рода извращенной, патологической условной связи в виде состояния сна, возникающего при переживаемых неприятных эмоциях, вскрыть не удалось.

Применена психотерапия в дремотном состоянии с краткими императивными внушениями: «Волнения не вызывают сна! Этих внезапных засыпаний при личных огорчениях больше нет и не будет, на всякого рода неприятности вы реагируете совершенно спокойно!» Сеансы сопровождались последующим внушенным сном-отдыхом. Этого было достаточно, чтобы полностью устранить зафиксировавшуюся условно-рефлекторную нарколептическую реакцию: придя через несколько дней, больной заявил, что припадки сна при разного рода огорчениях или неприятностях уже не возникают.

Было проведено еще 3 подкрепляющих сеанса внушения (также в дремотном

состоянии), после чего больной был под наблюдением в течение 5 месяцев; рецидивов не отмечалось (наблюдение нашего сотрудника И. В. Халфона).

Таким образом, превалирование тормозного процесса при слабости раздражительного приводило к легкому возникновению приступов сна в форме эмоциогенной нарколепсии. Словесное воздействие, оказанное в дремотном состоянии, привело к устранению приступов нарколепсии, что свидетельствовало об ее функциональном характере.

Приводимые ниже наблюдения характеризуются картиной длительного «истязания» тормозного процесса и его срыва, последствия которых также были устранены путем словесного воздействия.

4. Больная О., 32 лет, доставлена родными в поликлинику Красного Креста (Луганск) для консультации по вопросу о стационировании ее в психиатрическую больницу. Больная дезориентирована, возбуждена, плачет, бормочет: «Что я наделала!» Доставившие ее муж и его родители сообщили, что 2 часа назад, когда их семья готовилась к встрече гостей, в момент, когда с минуты на минуту гости должны были приехать, больная сорвала со стола скатерть вместе с находящейся на ней сервировкой и начала ожесточенно топтать все ногами, кричать, рвать на себе волосы и одежду, причем перестала узнавать окружающих, выкрикивала непонятные слова. Приглашенный врач-терапевт высказал предположение об остро вспыхнувшем психозе и предложил направить в психиатрическую больницу.

Больная погружена в легкое гипнотическое состояние и после короткого отдыха в дремоте стала отвечать на вопросы, причем постепенно смогла рассказать следующее. Три года назад вышла замуж, мужа очень любит, как и он ее. Однако родители мужа, особенно свекровь, встретили ее весьма недружелюбно. В дальнейшем они несколько примирились с ней, но недружелюбное отношение свекрови больная постоянно чувствовала, причем, что бы она ни сделала, для свекрови «все было не так». «Своими систематическими замечаниями она меня непрерывно преследовала»,– говорила больная. – «Я постоянно сдерживала себя (разрядка наша. – К. П.), оставаясь одна, много плакала, мужу об этом ничего не говорила, не желая его расстраивать. Я очень просила мужа достать отдельную квартиру, чтобы не жить со свекровью, но он отказывался это сделать». При частых отъездах мужа в командировку больной, по ее словам, «было особенно тяжело оставаться со свекровью: положение становилось безвыходным». Вследствие этого у больной начала проявляться крайняя раздражительность, бессонница, полное отсутствие аппетита, апатия. На наш вопрос: «Зачем же вы сдернули скатерть?» больная ответила: «Я сама не знаю, как это произошло. Когда мы накрывали стол и я раскладывала обеденные приборы, я чувствовала себя возбужденной, вероятно, потому, что свекровь, стоявшая у другого конца стола, все время следила за мной. Когда же я закончила, она подошла к столу и демонстративно начала перекладывать ножи и вилки, меняя их местами. Мне стало как-то очень обидно, у меня потемнело в глазах и сразу затошнило. Помню, что я вскрикнула и схватилась рукой за скатерть. Что было дальше, не помню».

В данном случае был диагностирован острый срыв тормозного процесса, «истязание» которого происходило в течение 3 лет. Проведено 7 сеансов психотерапии в дремотном состоянии с длительным гипнозом-отдыхом, давших положительный эффект. Мужу больной и родителям мужа разъяснен механизм случившегося припадка и неправильное поведение свекрови. Больная была под наблюдением в течение 7 лет, причем никаких рецидивов и иных нарушений в ее поведении не отмечалось (наблюдение Е. С. Каткова).

В данном случае в результате создавшихся неблагоприятных семейных отношений произошло перенапряжение тормозного процесса (больная постоянно старалась сдерживать себя). Это привело к его срыву, что проявилось в форме острой истерической реакции с явлением спутанности сознания и последующей амнезией.

5. Больная Н., 28 лет, обратилась с жалобами на навязчивое желание покончить с собой, на преследующее ее чувство страха, стремление к одиночеству, на ночные припадки, во время которых ей кажется, что «стены сдвигаются и душат ее ребенка», в то время как ребенка у нее нет и никогда не было. При этом она задыхается, теряет сознание, ее приводят в чувство, и только под утро она засыпает тревожным сном с кошмарами. Вместе с тем отмечает повышенную раздражительность, потерю аппетита, резкую общую слабость, что заставляет ее лежать в постели, исхудание (в течение короткого времени потеряла 16 кг).

Во время анамнестической беседы установлено, что больная росла здоровым ребенком, наследственность без отягощений. Два раза была замужем, но ее стремление создать семью не осуществилось, так как оба замужества были неудачными. Через 2 года после первого замужества разошлась с мужем, так как «были постоянные ссоры из-за его разгульного образа жизни». Второе замужество также оказалось неудачным: алкоголизм мужа доводил ее до попыток самоубийства.

Было намерение поместить ее в психиатрическую больницу, но предварительно было решено провести курс гипносуггестивной терапии в амбулаторных условиях. Оказалась хорошо гипнабильной.

Проведена успокаивающая беседа, в которой дан совет: «Не реагировать на поведение мужа, наладить нормальную семейную жизнь». Затем на протяжении 2 недель проведено 6 сеансов психотерапии во внушенном сне, а после каждого сеанса – внушенный глубокий отдых. После первого же сеанса улучшились аппетит, ночной сон и настроение. В дальнейшем отмечалось ослабление галлюцинаторных явлений, влечения к самоубийству и плаксивости. Появилось желание быть на людях. Последние 2 сеанса полностью восстановили здоровье больной, она стала значительно спокойнее относиться к поведению мужа и даже приступила к работе. О прошлом, по ее словам, «совсем забыла», а вскоре, оставив мужа-алкоголика, снова вышла замуж. Через 5 лет после этого сообщила: здорова, бодра, работоспособна, имеет ребенка (наблюдение З. А. Копиль-Левиной).

В данном случае имело место хроническое (в течение нескольких лет) перенапряжение тормозного процесса у лица, относящегося, по-видимому, к сильному варианту слабого общего типа нервной системы. Причина лежала в крайне неблагоприятной жизненной ситуации. В конечном итоге возникло хроническое

невротическое состояние со спорадически проявлявшейся ультрапарадоксальной симптоматикой (галлюцинации, связанные с несуществующим ребенком), развившейся по истерическому типу, с преобладанием возбуждения из подкорки, при резкой ослабленности тормозного процесса.

Психотерапия устранила патологическую симптоматику и помогла изменить высшую нервную деятельность больной в нужном направлении.

Патологически прочно зафиксировавшееся преобладание тормозного процесса в форме психогенного депрессивного состояния, с которым врачу также нередко приходится иметь дело в повседневной психотерапевтической практике, точно также может быть устранено путем соответствующего словесного воздействия, причем и в этом случае может быть достигнуто уравновешивание обоих процессов – раздражительного и тормозного.

1. Больная П., 33 лет, доставлена с жалобами на весьма тяжелое подавленное состояние, которое отмечается у нее в течение последних 5 лет и которое возникло после смерти отца, а затем и любимой сестры. Последнее обстоятельство и послужило ближайшим поводом к заболеванию, так как сестра умерла у нее на руках. На фоне общего истощения и развившегося депрессивного состояния у больной возникла и зафиксировалась навязчивая мысль о виновности ее в смерти сестры. Появилось состояние гнетущей тоски, связанное с преследующей ее картиной последних дней жизни сестры. Вместе с тем развилась боязнь врачей, перестала любить музыку (сестра играла на рояле), боязнь сумерек, боязнь выходить одной на улицу, постоянное угнетенное состояние, сознание ненужности жизни, навязчивая мысль о самоубийстве. Все время носила траурное платье, избегала общества.

Утешения и убеждения окружающих раздражали ее, не достигая цели. От лечения отказывалась, к нам была доставлена родственниками при большом сопротивлении с ее стороны. Все меры успокоения, разъяснения и убеждения оказывались безрезультатными. Поэтому было принято решение провести психотерапию во внушенном сне.

Оказалась хорошо гипнабильной. Первый сеанс внушения в глубоком продленном внушенном сне дал, по словам больной, «резкое облегчение на душе и какое-то необыкновенно хорошее самочувствие»: страхов уже не испытывала, после сеанса заявила, что «может вернуться домой без провожатой». Во время 2-го сеанса (через 6 дней), на который пришла самостоятельно, в спокойном состоянии, но все еще с навязчивой мыслью о сестре, заснула быстро и глубоко. После этого сеанса наступило значительное улучшение во всех отношениях. При 3-м последнем сеансе (через 3 дня после 2-го) был применен длительный внушенный сон-отдых с внушением: «Ко всем вашим прежним тяжелым переживаниям вы уже относитесь вполне спокойно!»

Дальнейшее наблюдение показало, что в итоге 3 сеансов в ее состоянии произошли резкие изменения, поразившие не только ее близких, но и больную: «Я стала прежней, какой была раньше, до заболевания!» Угнетавшее ее все эти годы подавленное состояние совершенно исчезло. Впоследствии писала нам: «Мне так

легко, хорошо и свободно, как будто мне сделали какую-то операцию и вырвали все больное и скверное». Сообщала, что с удовольствием слушает музыку, общается с медицинским персоналом, не замечает наступления сумерек. Воспоминания о сестре у нее «уже не вызывают душевной боли». Перестала носить траурное платье. Мучившие ее все эти годы головные боли совершенно исчезли. Под нашим наблюдением была в течение 22 лет. Катамнез оставался положительным, рецидивов не было (наблюдение автора).

Итак, в данном случае путем словесного воздействия удалось полностью устранить тяжелое и длительное (5 лет) депрессивное состояние. Вместе с тем было полностью устранено также прочно зафиксировавшееся навязчивое самообвинение со всей сопровождавшей его симптоматикой и восстановлено нормальное соотношение основных корковых процессов. Это вернуло больную к ее преморбидному состоянию и привело к восстановлению утраченного интереса к жизни и работоспособности.

Как мы видим, в данном случае имела место патологическая инертность тормозного процесса при выраженной слабости корковых клеток, возникшей в результате упавших на кору мозга непосильных для нее раздражений.

В отношении развившихся у больной фобий (боязнь сумерек, боязнь выходить одной на улицу) уместно напомнить известные слова И. П. Павлова о том, что «в основе... боязливости, трусости, а особенно болезненных фобий лежит простое преобладание физиологического процесса торможения как выражение слабости корковых клеток».

2. Больная З., 26 лет, обратилась с жалобами на тяжелое угнетенное, подавленное состояние, потерю интереса к жизни, мысли о самоубийстве, частые смены настроения, кошмарные сновидения, немотивированный плач, вскрикивания во сне, иногда снохождение в сумеречном состоянии. Домашнее хозяйство запустила, перестала ходить на службу. Больна один год, но считает себя нервной и впечатлительной с детства. Замуж вышла по любви в 18-летнем возрасте, была здорова, работоспособна и в семейной жизни счастлива. На 7-м году замужества произошла измена мужа и развод. У больной остро развилось психотическое угнетенное состояние, сопровождавшееся приступами сумеречного сознания, потерей сна и аппетита. У нее постоянно возникали мысли о бывшем муже и мучительные вопросы: «Что делать, где спасение?» Она находилась в состоянии постоянной тревоги и отчаяния. Дети остались без внимания и ухода, хозяйство не велось. Угнетенное состояние зафиксировалось и не покидает больную в течение года.

Наследственность: мать истеричка, отец был болен туберкулезом, покончил жизнь самоубийством.

Анамнестическая беседа, соответствующие убеждения и разъяснения положительного результата не дали. При последующих 2 сеансах психотерапии удалось получить дремотное состояние средней степени и провести соответствующее словесное внушение, содержанием которого было все сказано в предварительной беседе. После 2-го сеанса сразу почувствовала себя лучше: мысли о

муже, по ее словам, «как-то побледнели», ночью спала, общее состояние удовлетворительное. Проведено еще 3 сеанса, также в дремотном состоянии, с внушениями: «Все пережитое уже не мешает вашему обычному нормальному состоянию, мыслей о муже больше нет, с его отсутствием вы примирились, интерес к жизни у вас восстановился, вернулись самообладание и забота о детях, самочувствие вполне хорошее, ночной сон спокойный!» и т. д. Это полностью восстановило ее интерес к жизни, появилась забота о детях и хозяйстве, самочувствие хорошее. После выписки приступила к работе. Оставалась под наблюдением 2 года; рецидива не было (наблюдение 3. А. Копиль-Левиной).

Как мы видим, у данной больной возникло глубокое нарушение высшей нервной деятельности, проявившееся в форме застойного тормозного состояния в результате непосильного для данной нервной системы напряжения корковых процессов. Путем психотерапии соответствующего содержания это застойное тормозное состояние было прочно устранено и, несмотря на наличие патологической наследственности, полностью восстановилась нормальная корковая динамика.

Напомним, что, говоря о физиологическом механизме застойного тормозного состояния, И. П. Павлов отмечал, что «...всякое представление о тормозном эффекте из боязни ли, из интереса или выгоды, сосредоточиваясь повторно и усиливаясь в коре, в силу эмоциональности истерика, совершенно так же, как в гипнозе слово гипнотизера, вызовет и зафиксирует эти симптомы на продолжительное время, пока, наконец, более сильная волна раздражения при каком-либо случае не смоет эти тормозные пункты».

Можно допустить, что роль этой «более сильной волны раздражения» сыграла в данном случае императивность словесного воздействия, имевшего прямую патогенетическую направленность.

Далее, одним из проявлений нарушения динамики раздражительного процесса, как известно, является состояние раздражительной слабости.

Говоря о состоянии нервных клеток коры мозга в условиях «раздражительной слабости», И. П. Павлов отмечал, что в этом состоянии «...клетка делается очень суетливой, очень стремительно отвечает на раздражение, но зато быстро банкротится, быстро слабнет. Мы это состояние называем взрывчатостью».

Может ли это состояние «взрывчатости», состояние патологической слабости корковых клеток быть устранено путем словесного воздействия на корковую динамику, т. е. воздействия, оказываемого через вторую сигнальную систему?

По-видимому, может, о чем свидетельствуют некоторые факты, взятые из нашей психотерапевтической практики, к рассмотрению которых мы и переходим.

1. Больной Ч., 43 лет, обратился с жалобами на крайнюю раздражительность, непереносимость сильных звуков, яркого света, на легко возникающее чувство гнева, во время вспышки которого он невоздержан, готов все ломать и бить вокруг себя. После такой вспышки раздражения и необусловленного гнева наступает резкое состояние слабости и вялости. Упорная бессонница, ночью малейший шорох и слабый свет раздражают и мешают спать. Настроение угнетенное, резко сниженная работоспособность, половая слабость. Во время работы частые описки, ошибки, оговорки, по временам «не работает рука»: с большим трудом поднимает правую руку.

Такое состояние развивалось постепенно. Перед этим в течение ряда лет больной работал в штабе, длительно находился в напряженных условиях фронта. После демобилизации болезненные явления продолжали нарастать, что заставило его обратиться к врачебной помощи.

Объективно: резко выраженное невротическое состояние неврастеноидного типа. Больной эмоционально напряжен, при неожиданном звуке вскакивает со стула, мышцы лица передергиваются, краснеет и весь дрожит. Ожидания на прием к врачу не выдерживает, рассказывая о своих переживаниях, плачет, иногда доходя до рыданий. В неврологическом статусе сосудистая лабильность, выраженный тремор, потливость, повышенные коленные рефлексы.

Проведено 2 сеанса разъяснительной психотерапии и 6 сеансов внушений во внушенном сне с последующим одночасовым внушенным сном-отдыхом. Таким путем удалось полностью ликвидировать все проявления болезненного состояния: больной стал спокоен, настроение бодрое, работоспособен и уравновешен. Ночью спит крепко, несмотря на то что жена в той же комнате при ярком свете работает на пишущей машинке. В кабинете врача спокойно, без слез, рассказывает о пережитом. Под наблюдением был в течение 4 лет, рецидивов не возникло (наблюдение М. И. Кашпур).

Таким образом, резкая раздражительная слабость корковых клеток, которую можно охарактеризовать как состояние «взрывчатости», оказалась устраненной. При этом корковая динамика коренным образом изменилась, перестроилась, приведена в состояние уравновешенности. Все это было достигнуто путем лишь одного словесного вмешательства, произведенного в условиях гипнотического торможения коры мозга.

2. Больной К, 28 лет, обратился в 1946 г. с жалобами на крайнюю раздражительность, конфликтность с окружающими, на аффектогенные припадки с судорожным компонентом и потерей сознания, на трудность засыпания, чуткий, беспокойный сон с тяжелыми сновидениями батального характера. Больной в прошлом был летчиком, в 1943 г. перенес баротравму с потерей сознания, последующей глухотой и немотой, сменившейся на некоторое время заиканием. В 1944 г. получил осколочное ранение в живот, по поводу которого перенес три полостные операции. В 1945 г. демобилизовался и женился.

Невротическое состояние развивалось постепенно, причем полгода назад произошло ухудшение, возник первый припадок, а вместе с припадками развилась и половая слабость. Непосредственным поводом к возникновению заболевания послужила длительная болезнь его ребенка, приводившая к вынужденным бессонным ночам, а также крупные неприятности по работе. В одну из таких бессонных ночей больной задремал, затем вдруг, будучи в дремоте, вскочил с постели, схватил из кровати кричащего ребенка и с силой бросил его в угол комнаты, где ребенок был подхвачен бабушкой. После этого аффекта больной упал, «бился в судорогах». Лечение бромидами и люминалом было безуспешным. Припадки

участились, случались дома, на работе и на улице.

Объективно: больной эмоционально лабилен, не выносит ожидания, крайне нетерпелив, плачет, дрожит, умоляет врача «спасти его и сохранить семью».

Шесть сеансов психотерапии, два из которых были проведены в бодрственном состоянии, а остальные во внушенном сне, успокоили больного. После 1-го же сеанса, проведенного в дремотном состоянии, больной стал уравновешеннее, припадки не повторялись. Во время 5-го сеанса возникло состояние глубокого внушенного сна с самостоятельно развившимся сновидением: видел себя спокойно лежащим, а перед его глазами двигались голубые трамваи, голубые машины, голубые троллейбусы и пр. Во время 6-го сеанса быстро и глубоко заснул, что также сопровождалось сновидением, во время которого видел себя лежащим на лугу, а перед его глазами расстилалось голубое небо, голубое озеро, голубые незабудки. Никаких сновидений больному при этом не внушалось.

В период лечения радикально изменилось поведение больного: он терпеливо ожидал очереди в приемной, не вступал в конфликты с больными, стал уравновешен, уверен в выздоровлении, припадки прекратились, наладились взаимоотношения в семье и на работе. По окончании курса психотерапии все симптомы заболевания исчезли и в течение года не возобновлялись. Но через год в связи с рядом психических травм, перенесенных им на протяжении короткого срока (смерть отца, самоубийство сестры, опасное состояние здоровья матери), возник рецидив: наряду с резко выраженным невротическим состоянием снова возникали припадки с потерей сознания. После двух сеансов гипносуггестивной терапии стал вполне здоровым. В дальнейшем в течение ряда лет оставался работоспособным, хотя и отмечалась повышенная раздражительность и взрывчатость, припадков не было (наблюдение М. И. Кашпур).

В обоих приведенных примерах речь идет о лицах, по-видимому (на основании данных анамнеза), преморбидно принадлежавших к сильному уравновешенному типу нервной системы.

У обоих больных в патофизиологической картине вырисовывается слабость активного торможения, проявляющаяся в виде несдержанности, взрывов гнева и пр., к которым в дальнейшем присоединяются (и превалируют в картине болезни) вегетативные симптомы в виде сосудистой лабильности, потливости, нарушения сна. В силу этого у обоих больных легко возникает и бурно проявляется перенапряжение раздражительного процесса, которое, однако, весьма быстро сменяется столь же легко возникающим депрессивным состоянием в форме раздражительной слабости. Последнее выражается в чувстве разбитости, стремлении уйти от окружающих, от семьи, в нежелании говорить, двигаться и думать.

У первого из этих больных это состояние депрессии и раздражительной слабости, возникающее по механизму запредельного торможения, выражено также и субъективно, в чувстве «тяжести в правой руке» (больной занимался канцелярской работой, к которой относился отрицательно), что он определяет словами «рука не работает». У второго больного после бурного возбуждения, легко приводящего к срыву тормозного процесса, наступает глубокий сон. Что же касается его поступка, вызванного ночным криком ребенка, то его можно рассматривать

как непосредственную защитную реакцию, по механизму «короткого замыкания» с выключением задерживающих центров коры мозга, находящейся в просоночном состоянии.

Авторитет лечебного учреждения, к помощи которого больные прибегли, осознание ими (в результате разъяснения врача) причин, условий и механизмов возникновения заболевания и возможности обратного развития болезненных симптомов, внушенная врачом вера в выздоровление и желание самих больных скорее избавиться от недуга способствовали наступлению выздоровления в довольно короткий срок.

Таким образом, мы видим, что в обоих случаях с помощью психотерапии удалось ликвидировать результаты длительного перенапряжения раздражительного и тормозного процессов, приводившие к явлению раздражительной слабости.

Итак, во всех приведенных случаях (а таких в психотерапевтической практике встречается немало) направленное словесное воздействие приводило к устранению возникших нарушений уравновешенности корковых процессов и возврату корковой динамики к ее нормальному состоянию.

ГЛАВА IX

ПОДВИЖНОСТЬ ОСНОВНЫХ КОРКОВЫХ ПРОЦЕССОВ

...Так как окружающая организм среда постоянно, а часто – сильно и неожиданно колеблется, то оба процесса должны, так сказать, поспевать за этими колебаниями, т. е. должны обладать высокой подвижностью, способностью быстро, по требованию внешних условий, уступать место, давать преимущество одному раздражению перед другим, раздражению перед торможением и обратно.

И. П. Павлов

Как известно, отмечая различные случаи патологии высшей нервной деятельности, И. П. Павлов подчеркивал, что «...можно сделать больным и раздражительный и тормозной процессы тем, что мы стремительно, без промежутка, меняем тормозное состояние клетки на раздражительное или наоборот. Это обыкновенно у нас называется ошибкой раздражительного и тормозного процессов». Дальше он пишет, что «...при ошибках могут уцелеть, остаться здоровыми только клетки с сильными основными нервными процессами и специально с большей подвижностью этих процессов». Возможность переделки условных раздражителей на противоположное значение определяется именно подвижностью нервных процессов. Нужно сказать, что балансирование раздражительного и тормозного процессов, приуроченных к различным агентам, является трудной задачей для нервной системы и стоит большого напряжения. Некоторые участки коры мозга при этом легко могут оказаться «под взаимным натиском» противоположных процессов возбуждения и торможения, непосредственно вызываемых соответствующими раздражениями. Эту мысль И. П. Павлов иллюстрирует таким примером из жизни: «...Если я, например, чем-нибудь занят, меня направляет известный раздражительный процесс, и если в это время мне скажут: «сделай то-то», то мне делается неприятно. Это ведь значит, что сильный раздражительный процесс, который меня занимал, мне надо затормозить и перейти потом к другому». Таким

образом, «вы переживаете, – говорит он,– сильный раздражительный процесс, а обстоятельства повелительно требуют его затормозить. И это часто ведет к нарушению нормальной деятельности нервной системы.

Скорость смены основных процессов (раздражительного тормозным и наоборот) имеет свой физиологический предел. В условиях нормальной корковой динамики «...как раздражительный, так и тормозной процессы... проделывают по массе больших полушарий известное движение, скорость, которого измеряется не только секундами, но и минутами». Поэтому, если требования жизни превышают естественную для нервной системы скорость движения данных процессов, то это приводит к срыву нервной деятельности, в основе которого лежит именно «перенапряжение подвижности».

Как нам кажется, приводимые ниже наблюдения могут служить иллюстрацией подобного рода нарушений высшей нервной деятельности и эффективности применяемой в этих случаях речевой психотерапии.

1. Больной Т., 40 лет, машинист паровоза, в апреле 1934 г. госпитализирован с жалобами на приступы плаксивости, тоски, головокружения, болей в конечностях, физическую вялость, общую усталость. Объективно: повышенная потливость, тахикардия (пульс 98 ударов в минуту), дрожание век, симптом Грефе, рефлексы сухожильные и кожные живые, пониженное питание. Органических нарушений не отмечается. Со стороны психики – повышенная эмоциональность, склонность к слезам при всяком упоминании о пережитых им событиях.

Заболевание возникло в феврале 1934 г., когда, ведя поезд, он попал в крайне опасное положение, угрожавшее крушением двух пассажирских поездов. Почти неминуемая катастрофа была предотвращена только благодаря тому, что он вовремя стал давать тревожные свистки и остановил свой паровоз. После этого случая у него возник сильный понос (20-30 раз в сутки), а через 2 недели появились приступы плача по нескольку раз в день. До поступления в клинику, куда был направлен районным психиатром, лечился амбулаторно, но без результата. До заболевания был здоров, наследственность не отягощена, в детстве развивался нормально, работать начал с 15 лет, был на фронте, где был ранен в предплечье. По возвращении домой обучался слесарному делу. На транспорте работает с 1924 г. (смазчиком, слесарем, кочегаром, помощником машиниста, а в последние 1,5 года машинистом).

По-видимому, заболевание было следствием не только крайнего перенапряжения силы обоих корковых процессов, но и сверхтрудного для нервной системы требования быстрой смены одного процесса другим. Все это требовало стремительной и напряженной мобилизации, причем в 1-2 секунды всех наличных ресурсов коры и подкорки.

Проведено 7 сеансов психотерапии во внушенном сне, причем внушалось спокойное отношение к пережитому (тем более, что оно не повлекло никаких последствий), уверенность в выздоровлении и возможности продолжать работу. После 4-го сеанса (через 5 дней после начала лечения) отношение больного к случившемуся изменилось: при упоминании о пережитом оставался спокойным.

Результат курса психотерапии вполне положительный: Т. здоров и работает машинистом. Находился под наблюдением в течение года, рецидивов не было (наблюдение нашего сотрудника А. Г. Константиновой).

2. Больной С, 26 лет, помощник машиниста паровоза, наследственность не отягощена, конституция астеническая. Поступил в стационар психоневрологического диспансера с жалобами на приступы головной боли, неприятные ощущения в спине, приступы головокружения, сопровождающиеся «судорогами во всем теле» без потери сознания. Заболел месяц тому назад после огромного нервного напряжения, когда ему удалось предупредить столкновение поездов. Из рассказа больного и лечившего его врача мы узнали следующее.

В ночь на 13/IX 1930 г. во время движения поезда, когда С. работал на паровозе, машинист внезапно стал давать тревожные свистки и тормозить. С. увидел угрожающую опасность: навстречу мчался оторвавшийся от товарного поезда состав вагонов. Поездной бригаде с участием С. удалось предотвратить почти неминуемое крушение, причем все это произошло при крайнем напряжении и огромном волнении. На другой день после случившегося, рассказывая о происшедшем, С. вдруг неожиданно застонал, упал без сознания, в судорогах, выкрикивая: «Спасай!», «Закрой клапан!» В таком состоянии больной был доставлен в железнодорожную поликлинику. Судорожные приступы повторялись один за другим; их можно было купировать лишь сильными окриками больного. Однако, как только больной предоставлялся самому себе, глаза его вновь устанавливались в одну точку, на лице выражался ужас, после чего опять возникали стоны, судороги, полная потеря контакта с окружающим. В изредка наступавшие светлые промежутки больной говорил, что перед его глазами рисуются картины крушения. В таком состоянии он находился всю первую половину дня 14/IX.

В светлые промежутки больной упорно не хотел оставаться в поликлинике, отказывался от приема лекарств и стремился домой. Однако восстановления полной ориентировки не было, и во время некоторого улучшения он продолжал находиться в сумеречном состоянии. Наконец, с трудом преодолевая сопротивление больного, его удалось усыпить внушением. В состоянии гипнотического сна сделано внушение успокоительного характера, после чего в самочувствии больного наступило улучшение и он был отправлен домой. Однако на следующее утро припадки снова возобновились с той же силой и продолжались в течение 4 суток, несмотря на приемы больших доз бромидов.

На 4-е сутки больной был снова доставлен в поликлинику в таком же тяжелом состоянии. На этот раз его удалось сразу глубоко усыпить и внушить ему успокоение, забвение пережитого и длительный сон-отдых. После пробуждения больной был спокоен, вполне ориентировался в окружающем. Выписан в хорошем состоянии. Через 2 дня явился на прием самостоятельно, число припадков уменьшилось (до 5 в день). Был проведен еще один сеанс внушения в глубоком внушенном сне, после чего количество припадков снизилось до одного в 3 дня. Наконец, после 6-го сеанса припадки прекратились совершенно.

В дальнейшем в течение 2 месяцев сеансы гипносуггестивной терапии проводились изредка, причем за это время у него было лишь два припадка. Так как припадки все еще повторялись, больной был направлен в стационар, где было сделано соответствующее внушение во внушенном сне: «Спокойно относиться ко всему, что связано с поездами и паровозами». За время пребывания в стационаре было проведено шесть сеансов психотерапии, в результате чего приступы, слабея и становясь реже после каждого сеанса, постепенно прекратились. Из стационара выписан на прежнюю работу помощника машиниста. В дальнейшем выдержал экзамен на машиниста. Находился под наблюдением в течение 3 лет, работал на паровозе (наблюдение А. Г. Константиновой).

Оба приведенных примера чрезвычайно сходны и по травмировавшей психику ситуации, и по механизму срыва, возникшего вследствие острого перенапряжения подвижности обеих корковых процессов. Мы привели оба случая с тем, чтобы показать, что сходная ситуация приводит к идентичной картине невротического состояния. Психотерапия также дала идентичные результаты: в обоих случаях имело место полное устранение последствий острого перенапряжения обоих корковых процессов и их подвижности. Психотерапия привела к быстрому восстановлению работоспособности обоих пострадавших.

И. П. Павлов отмечал, что «...трудная встреча, необычное сопоставление в отношении или времени, или интенсивности, или того и другого вместе, двух противоположных процессов – раздражения и торможения– ведет к длительному нарушению нормального баланса между ними». Если в коре возник сильный раздражительный процесс, а обстоятельства повелительно требуют его затормозить, это «отзывается болезненно» на всей деятельности мозга, нередко приводя к длительному ее нарушению.

Приводимые ниже клинические примеры хронического перенапряжения подвижности могут иллюстрировать сказанное и показать эффективность проводимого словесного внушения.

1. Больной К., 23 лет, летчик-испытатель, сделавший 381 полет, многократно премированный и имеющий за два года службы 14 благодарностей. По-видимому, относится к сильному и уравновешенному типу нервной системы (сангвиник). Наследственность не отягощена. Однако обстоятельства жизни и работы сложились крайне неблагоприятно для него. Больной К. был старшим сыном в материально необеспеченной семье из 12 человек, забота о которой целиком лежала на нем, так как не было матери и отца. Из-за условий службы, связанной с частыми вылетами, иногда на длительные сроки, он был лишен возможности быть часто в своей семье. В силу этого, выполняя в крайне напряженных условиях работу летчика-испытателя, он постоянно беспокоился о бытовых нуждах семьи. Сталкиваясь с рядом бытовых трудностей, он в то же время не мог освободиться от неотложных забот и поручаемых ему на службе технически сложных для него, молодого специалиста, заданий. Это было связано не только с необходимостью их тщательного напряженного продумывания, но и с проделыванием ряда сложных и ответственных подготовительных проверочных испытаний. В силу этого создались условия постоянного столкновения в коре его мозга двух взаимоисклю-

чающих, причем крайне напряженных, раздражительных процессов, каждый из которых имел доминантный характер.

На почве хронического перенапряжения возникло невротическое состояние, сопровождавшееся крайней раздражительностью, нарушением ночного сна, быстрой утомляемостью, вялостью, забывчивостью, головными болями. За полгода потерял в весе 7 кг. Как на работе, так и в семье стал груб и несдержан. В конечном итоге по вине больного произошла авария, которая могла кончиться для экипажа самолета гибелью. После этого случая К. решил обратиться к врачу.

Врачебной комиссией назначена психотерапия. Диагноз: неврастения. Проведен сеанс успокаивающего и ободряющего внушения в дремотном состоянии с последующим внушенным сном-отдыхом в течение одного часа. Это восстановило хорошее самочувствие и крепкий ночной сон. В дальнейшем было проведено еще 6 сеансов внушения во внушенном сне с последующими одночасовыми сеансами внушенного сна-отдыха. Внушалось: «Прежнее спокойствие и уверенность в себе к вам вернулись, вы по-прежнему можете хорошо владеть собой, вы хорошо умеете сосредоточивать свои силы и отлично выполнять поручаемые вам на работе задания. Вы можете обеспечить благополучие своей семьи: одно другому больше не мешает!» Лечение вернуло больному его прежнее хорошее самочувствие, силы и уверенность в себе: «Я стал совершенно-неузнаваем как для товарищей, так и для домашних!» – говорил он. Находился под нашим наблюдением в течение 5 лет. Был здоров и успешно продолжал сложную работу летчика-испытателя. Положительный катамнез 33 года. В настоящее время К. – начальник летной школы (наблюдение автора).

Как мы видим, в данном случае длительное перенапряжение подвижности основных корковых процессов привело к срыву тормозного процесса. Путем словесных внушений соответствующего содержания, сделанных во внушенном сне, а также последующих сеансов длительного внушенного сна-отдыха это состояние удалось полностью устранить.

2. Больной К, 49 лет, доцент вуза, обратился с жалобой на своеобразное, крайне мучительное состояние, непреодолимо возникающее у него, если он во время чтения лекции неожиданно для себя вдруг обнаружит присутствие среди слушателей какого-либо неизвестного ему лица. У него тотчас же начинается усиленное сердцебиение, на лбу выступает пот, возникает состояние растерянности, ход мыслей путается, он «начинает комкать» хорошо известный ему материал лекции, а иногда «оказывается вынужденным прервать ее задолго до звонка».

Больной отмечает, что в течение всей своей жизни он отличался крайней впечатлительностью и тревожным характером. После заболевания он стал замечать также и «непреодолимый панический страх», который начинает охватывать его обычно недели за две до предстоящей первой лекции в каждом новом учебном году. Вследствие этого он испытывает приступы учащенного сердцебиения, плохо ест и спит, мучительно переживая мысль о том, что предстоящая лекция будет читаться им перед неизвестной ему новой аудиторией. В то же время за содержание самой лекции вполне спокоен (его лекционный стаж в вузе 19 лет),

пугает лишь встреча с новой аудиторией. В последующие лекции этого уже не наблюдается: страх и состояние тревоги после первой лекции быстро исчезают, и в дальнейшем он читает курс совершенно спокойно.

Больной обратился к нам с просьбой избавить его от этих «крайне-тяжелых и мучительных состояний», так как все это, с каждым годом усиливаясь, «вынуждает его прекратить педагогическую работу».

По словам больного, заболевание возникло в 1946 г. после остро пережитого им однажды крайне сильного волнения, когда он во время своей первой лекции в данном учебном году внезапно заметил сидевших в аудитории среди слушателей трех незнакомых ему лиц, что-то усиленно записывающих. Это его крайне взволновало. Ему было известно, что в институте работает проверочная комиссия. Крайняя тревожность и мнительность тотчас же вывели его из равновесия. Продолжая чтение лекции, он в то же время мучительно силился вспомнить: «Не сказал ли я что-нибудь не так?» А когда, на короткий момент повернувшись к доске и взяв мел, он попытался быстро воспроизвести в своей памяти все сказанное им на этой лекции, у него внезапно появилось легкое головокружение, причем «стал весь мокрый», мысли его «стали разбегаться» и ему стоило огромного труда вновь продолжать лекцию. Во время перерыва между лекциями был растерян, его «продолжала мучить, мысль: что они записали?»

После разъяснительной беседы, раскрывшей больному механизм возникшего у него функционального нарушения и укрепившей у него веру в успех предстоящего гипносуггестивного лечения, было проведено 6 сеансов психотерапии, причем первые 2 в дремотном состоянии, а последующие – во внушенном сне. Внушалось: «Спокойствие, полное безразличие к пережитому на лекции, уверенность в себе во всех случаях лекционной работы, проводимой в присутствии посторонних лиц». Это полностью вернуло больному прежнее самообладание, восстановило веру в свои силы и устранило все тревожившие его симптомы. Положительный катамнез 4 года (наблюдение Е. С. Каткова).

Как мы видим, в данном случае у лица, относящегося, по-видимому, к сильному варианту слабого общего типа нервной системы, в одно и то же время создалось два сильных конкурирующих раздражительных процесса, один из которых был обусловлен внезапно возникшей упорной мучительной мыслью: «Что они записали?», в то время как другой был связан с необходимостью ни на минуту не прерывать начатую лекцию. Таким образом, здесь возникли условия острого перенапряжения подвижности основных корковых процессов, преимущественно в сфере второсигнальной деятельности. Столкновение обоих доминантных процессов, каждый из которых создавал зону отрицательной индукции, препятствующую развитию другого процесса, привело к срыву высшей нервной деятельности.

Соответственно направленным терапевтическим словесным воздействием было изменено отношение больного к травмировавшей его психику ситуации и сняты неблагоприятные последствия пережитого им острого перенапряжения подвижности нервных процессов.

Далее мы можем отметить возможность устранения путем соответствующего словесного воздействия патологической инертности как раздражительного, так и

тормозного процесса. Как известно, инертность корковых процессов также может возникнуть в результате перенапряжения их подвижности. Случаи патологической инертности тормозного процесса наблюдаются, например, при развитии некоторых фобий (навязчивых страхов).

3. Больной Ф., 21 года, обратился с жалобой на боязнь высоты, возникшую у него 2 года назад, после того как, поднявшись по лестнице на 6-й этаж, он заглянул в пролет лестницы вниз. При этом он тотчас же почувствовал непреодолимое желание броситься в пролет лестницы. От этой ужасной мысли у него возникло учащенное сердцебиение, все тело покрылось потом. Продолжая остро испытывать пережитое им чувство страха, спустился вниз. С тех пор испытывает страх также и при переходе по мосту: его тянет броситься с моста вниз.

Отмечает, что с малых лет был мнительным и боязливым. В 7-летнем возрасте боялся один спать на постели, в более старшем возрасте страдал боязнью заболеть разными болезнями и другими навязчивыми мыслями, преимущественно ипохондрического характера, а также вялостью, снижением общей активности.

Проведена психотерапия в дремотном состоянии, что дало положительный результат. Однако 2 года спустя, в связи с тем что он был вынужден переходить по мосту через реку, боязнь высоты возобновилась. После нескольких разъяснительных бесед и императивно сделанных в бодрственном состоянии внушений ему было предложено тренировать свою нервную систему путем более частых переходов через мосты, а также подъемов на лестницы. После этого весь комплекс фобий исчез, трудоспособность восстановилась, успешно окончил техникум (наблюдение автора).

В данном случае возникшая навязчивость (желание броситься вниз) была обусловлена сниженным тонусом коры мозга, легким ее тормозным состоянием и преобладанием ультрапарадоксальной фазы, в силу чего защитный, тормозной рефлекс сделался положительным и столь же неодолимо действующим. Путем патогенетически направленного словесного воздействия застойная патологическая инертность тормозного процесса была устранена.

Таким образом, словесное воздействие может изменять отношение больных к той ситуации, которая в прошлом вызвала у них острое перенапряжение подвижности. Кроме того, путем словесного воздействия можно изменять в известных пределах также и подвижность основных корковых процессов, составляющую, как мы знаем, один из трех основных параметров типа нервной системы, а также устранять нарушение подвижности.

ГЛАВА X

КОРКОВАЯ СТЕРЕОТИПИЯ

На большие полушария как из внешнего мира, так и из внутренней среды организма беспрерывно падают бесчисленные раздражения различного качества и интенсивности... Все это встречается, сталкивается, взаимодействует и должно, в конце концов, систематизироваться... В окончательном результате получается динамический стереотип, т. е. слаженная уравновешенная система внутренних процессов.

И. П. Павлов

Переходим к рассмотрению весьма обширного круга явлений, связанных с формированием корковых динамических стереотипов.

В коре мозга в течение повседневной ее деятельности происходит беспрерывное систематизирование процессов, выражающееся в определенном распределении раздражительных и тормозных состояний, которые при однообразно повторяющейся обстановке фиксируются, совершаясь все легче и автоматичнее. Таким образом, получается динамический стереотип, поддержка которого требует все меньшей и меньшей затраты нервного труда. Стереотип становится трудно изменяемым, трудно преодолеваемым новой обстановкой, новыми раздражениями.

Запечатлевая жизненный опыт, корковые динамические стереотипы с годами обычно обнаруживают склонность к прочной фиксации, в силу чего сохраняются весьма длительное время.

Формируясь в онтогенезе, в условиях повседневного уравновешивания организма и среды, эти стереотипы составляют в известной мере основу человеческой личности, обычно весьма стабильную по форме и динамичную по содержанию.

Нас интересует также вопрос, возможно ли путем словесного воздействия в состоянии бодрствования или во внушенном сне устранять последствия ломки динамического стереотипа, изменять его характер, если он уже не отвечает внеш-

ним условиям и, наконец, содействовать формированию нового динамического стереотипа в соответствии с новыми жизненными условиями?

Ответ на эти вопросы, несомненно, имеет не только большой теоретический интерес, но и важное значение для лечебной медицины.

Итак, если динамический стереотип, т. е. «слаженная уравновешенная система внутренних процессов», оказался хорошо зафиксировавшимся, то отмена его и выработка нового стереотипа представляют для нервной системы трудную задачу, которая может вести к полному временному прекращению условнорефлекторной деятельности. Как показали эксперименты И. П. Павлова на собаках, задача в этом случае настолько трудна, что выдержать испытание может только сильный нервный тип.

Может ли в таком случае на помощь больному прийти «внушающее слово» врача в виде психотерапии соответствующего содержания?

На этот вопрос могут дать ответ следующие примеры, взятые из иашей амбулаторной и клинической психотерапевтической практики. Начнем с иллюстрации устранения внушением последствий ломки динамического стереотипа.

1. Больной З., 62 лет, артист, обратился к нам с жалобами на возникшую у него 3 года назад боязнь выходить на сцену и забыть текст исполняемой роли. Такая забывчивость во время игры на сцене, действительно неоднократно возникавшая, породила у него чувство неуверенности в себе, сопровождающееся «внутренней дрожью» и навязчивой мыслью во время исполнения роли: «Вот сейчас забуду!» Все это происходило только в определенных местах второй и четвертой картин одной и той же пьесы, в роли, исполнявшейся им до того около 650 раз с неизменным успехом, без какой-либо забывчивости или волнения. Вначале, по словам больного, все это происходило так: «Вдруг выпадает текст, и я не могу его схватить, в мозгу после последней реплики – полный провал». Теперь несколько иначе: «Текст выпадает, но я уже могу заполнить это место своими словами». Однако в день спектакля уже с утра «преследует неотступная мысль о возможности забыть текст».

Причину возникновения этих явлений больной связывает с теми переживаниями, которые возникли у него вследствие вынужденного резкого изменения характера роли, исполняемой им на сцене. Дирекция требовала переделки образа изображаемого им действующего лица, что вызвало у него бурные переживания. Поэтому необходимая переделка исполняемой роли была выполнена им лишь с большим трудом. После этого и начались выпадения реплик именно в тех местах текста, которые предлагалось толковать по-новому. Первый такой «провал» текста его сильно взволновал и смутил: уже во время самого исполнения роли «сильно ударило в голову, почувствовал прилив жара к голове и выступивший пот». В следующие 3 дня исполнение той же самой роли произошло «с такими же точно выпадениями текста, в тех же местах пьесы». В дальнейшем это явление возникало не при каждом исполнении этой роли. Но за последний год оно вновь стало повторяться особенно часто, что и вынудило больного обратиться к врачу.

В амбулаторных условиях было проведено 6 сеансов мотивированного внушения в дремотном состоянии. Это дало положительный результат: неуверенность в себе и навязчивые мысли исчезли, с исполнением роли в трудных для него местах стал справляться успешно, без «провала» реплик.

Как известно, И. П. Павлов отмечал, что включение новых раздражителей, особенно «сразу в большом количестве», или же перестановка местами многих старых раздражителей «есть большой нервный процесс, труд, для многих нервных систем непосильный, кончающийся **банкротством нервной системы** и выражающийся отказом на некоторое время от нормальной деловой работы», в то время как «колебания в установленных границах этой системы – относительно легкое дело».

Приведенный выше пример представляет именно такой случай «банкротства нервной системы», происшедший вследствие ломки старого динамического стереотипа. Напомним, что данная роль до ее изменения исполнялась больным около 650 раз, т. е. стереотип был чрезвычайно прочно зафиксировавшимся.

2. Больная Ш., 28 лет, обратилась с жалобами на угнетенное состояние, частые обмороки, иногда реактивные судорожные припадки с потерей сознания, расстройство сна, потерю трудоспособности и интереса к жизни, слезливость. Ранее считала себя вполне здоровой, была работоспособна, уравновешена, отличалась твердым характером. Наследственность не отягощена. В течение нескольких лет в крупном комбинате руководила работой большой группы бухгалтеров.

Заболела 6 месяцев назад после внезапной трагической смерти мужа, с которым прожила 8 лет и которого, по ее словам, «безумно любила». В течение 6 месяцев у нее постоянно возникают галлюцинации: оставаясь в комнате одна, видит мужа, слышит его голос, беседует с его портретом. Гипнагогические галлюцинации такого же содержания, все время продолжает видеть мужа во сне. Иногда все это сопровождается истерическими рыданиями, заканчивающимися судорожными приступами с потерей сознания. Нередко эти приступы возникают по условнорефлекторному механизму.

Двухмесячное лечение в санатории не дало эффекта, так же как и амбулаторный курс электротерапии. По-прежнему продолжаются галлюцинации, разговоры с портретом мужа, бессонница. Диагноз: реактивный истероидный невроз.

В дальнейшем была применена психотерапия. Больная оказалась хорошо гипнабильной, на протяжении 3 недель в амбулаторных условиях проведено 8 сеансов психотерапии во внушенном сне с последующими одночасовыми сеансами внушенного сна-отдыха. Отмечено, что после каждого сеанса патологические симптомы ослабевали, а после 5-го сеанса исчезли совершенно. Тем не менее было проведено еще 3 дополнительных сеанса, после чего самочувствие больной стало хорошим, она начала работать, в то время как со дня смерти мужа была на инвалидности.

Через 4 года сообщила, что все это время чувствует себя хорошо, вполне уравновешена, работает бухгалтером расчетной части, по-прежнему руководя группой бухгалтеров, умеет себя сдерживать, отмечает, что «воля окрепла». Еще через 5 лет, явившись в диспансер, сообщила о «полном благополучии и здоровье» и о

том, что «стойко перенесла трудности эвакуации» (наблюдение автора).

Как мы видим, здесь у лица, относящегося, вне сомнения, к сильному и уравновешенному типу нервной системы, произошла ломка прочно зафиксировавшегося в течение ряда лет динамического стереотипа, обусловленная внезапной утратой близкого человека.

Именно такого рода случаи и имел в виду И. П. Павлов, говоря: «...мне кажется, что часто тяжелые чувства при изменении обычного образа жизни, при прекращении привычных занятий, при потере близких людей, не говоря уже об умственных кризисах и ломке верований, имеют свое физиологическое основание в значительной степени именно в изменении, в нарушении старого динамического стереотипа и в трудности установки нового». В другом месте он отмечает, что «... отдельные истерические реакции как общефизиологические при крайне сильных раздражениях, при чрезвычайных ударах жизни, должны встречаться и у более или менее сильных типов...».

В данном случае психотерапия (8 сеансов в состоянии внушенного сна с последующими одночасовыми сеансами внушенного отдыха во внушенном сне) с внушением «забвения» утраты и спокойного отношения к ней устранила последствия ломки прежнего стереотипа и создала условия для нормального отношения к новым условиям жизни.

Итак, сложившийся и упрочившийся, т. е. сделавшийся привычным, уклад жизни со временем фиксируется настолько, что нередко человек может изменять его лишь с большим трудом. В силу этого может создаться положение, при котором необходима соответствующая психотерапевтическая помощь. Приводимые ниже примеры показывают, в какой мере словесное внушение может помочь устранению такого упрочившегося, якобы «неустранимого» динамического стереотипа.

1. Больная С, 27 лет, обратилась с жалобами на снижение интереса к жизни, тревожное состояние, тоску, потерю аппетита, нарушение сна. Поводом к этому послужило то обстоятельство, что в течение последних недель она стала замечать охлаждение к ней человека, которого сильно любила и с которым, по ее словам, «два года прожила душа в душу». Оставшееся у нее неизменным большое чувство и сильная привязанность к нему заставляли ее сильно страдать. Тем не менее из самолюбия С. решилась на полный разрыв с ним, причем «разум говорил одно, а чувство – другое». Вследствие этого невротическое состояние углублялось, и она обратилась за врачебной помощью.

Рассказав о создавшемся положении, она призналась, что шла к врачу «с весьма малой надеждой на получение облегчения: казалось невозможным вырвать то сильное чувство привязанности и любви, во власти которого находилась около 2 лет». Первый сеанс психотерапии, проведенный в дремотном состоянии, ею описывается так: «Я не спала, но чувствовала какую-то приятную тяжесть во всем теле. Отяжелели веки, руки и ноги, но мысли мои работали, и я слышала все, что мне внушалось». Тем не менее, придя на следующий день на второй сеанс, она заявила, что, к ее удивлению, «наступило общее успокоение и вполне явно ощущаемое облегчение»: спала ночью хорошо, мысли о «нем» хотя и были, но уже ее не трогали, и она «впервые утром поела без принуждения».

Во время 2-го сеанса больная также «испытывала полное душевное и телесное спокойствие», причем после сеанса в течение всего дня спокойствие сохранялось, и даже к неоднократным встречам с «ним» на службе отнеслась без всякого волнения. Вынужденных мыслей о прошлом уже не было. Несколькими днями позже было проведено еще 2 сеанса, причем во время 3-го сеанса больная испытывала то же состояние приятного отдыха, а после 4-го сеанса сообщила, что, несмотря на ежедневные встречи с «ним» на службе, ее это «совершенно не волнует», а в «его» отсутствие «мысли о нем совершенно не приходят в голову».

Дальше произошел следующий эпизод: ее перевели на работу в ту комнату, в которой работал и «он». К своему удивлению, она на это никак не реагировала: «Вот уже 3-й день я работаю с ним в одной комнате совершенно спокойно, будто я его никогда не любила».

Неделю спустя был проведен 5-й, последний сеанс. Уходя, больная сообщила, что «сохраняет полное спокойствие, полностью работоспособна, вполне уверена в себе», что эти 5 сеансов дали ей то, к чему она стремилась (наблюдение нашей сотрудницы И. Н. Мураховской).

2. Больная С, 31 года, явилась к нам в сопровождении мужа, с жалобами на тревожно-угнетенное состояние, боязнь оставаться одной дома, отсутствие интереса к окружающему. Стала мнительной, испытывает навязчивый страх умереть ночью от паралича сердца («уснуть и не проснуться»). В дальнейшем страх смерти сменился боязнью ослепнуть: «ощущаю давление в области глаз». Последние 3 месяца боится сойти с ума, что порождено ощущением давления в области темени. Отмечается расстройство сна, отсутствие аппетита. За последние 5 месяцев потеряла в весе 15 кг (до заболевания весила 92 кг). Начало заболевания относит к тому времени, когда 9 месяцев назад переехала со своей семьей из города, в котором родилась и безвыездно прожила всю свою жизнь, в другом городе (в связи с переводом мужа). Переезд восприняла как «большое и сложное событие, сломавшее ее жизнь». В течение 9 месяцев не может примириться с жизнью на новом месте и с происшедшей, неприемлемой для нее ломкой бытовых условий. До заболевания (с ее слов и слов мужа) была вполне здорова, активна, бодра и жизнерадостна.

Проведено несколько сеансов словесного внушения (первые сеансы – в бодрственном состоянии, последние – в состоянии внушенного сна), полностью устранивших весь сложный патологический синдром: новое место жительства уже не стало ей казаться «неприятным» и «чуждым», стала обзаводиться хозяйством, забыла все свои страхи. Катамнез положительный 2 года (наблюдение автора). Таким образом, и в данном случае имелась картина прочно зафиксировавшегося динамического стереотипа, связанного с привычной жизненной ситуацией, от последствий ломки которого нервная система больной, характеризующаяся значительной инертностью нервных процессов, самостоятельно освободиться не могла.

Отмечая, что корковая стереотипия при определенных условиях приобретает значительную устойчивость, И. П. Павлов приводит случай, когда один студент, обнаружив, что избранная им специальность не отвечает сложившимся у него жизненным интересам, впал в состояние глубокой меланхолии, вплоть до настойчивых попыток к самоубийству. Был избавлен от этого состояния благодаря энергичному содействию двух его товарищей, почти насильно заставивших его переменить специальность, после чего его настроение стало заметно изменяться и, наконец, состояние полностью нормализовалось. Найдя в этой новой специальности предмет своих исканий, он в дальнейшем, по свидетельству И. П. Павлова, всю свою жизнь оставался нормальным.

Д. М. Гастев (Ленинградская клиника неврозов имени И. П. Павлова, 1938) приводит ряд наблюдений, когда рациональная психотерапия в виде разъяснения в бодрственном состоянии больного сущности переживаемых им явлений привела к успеху.

Итак, на основе всего изложенного можно сделать вывод, что при невротических заболеваниях, обусловленных нарушениями корковой динамической стереотипии, существенное значение принадлежит психотерапии. Она может быть применена в виде рациональной психотерапии (наблюдения Д. М. Гастева) или же в виде суггестивной терапии во внушенной дремоте или внушенном сне. Как показывает опыт, последнее необходимо в тех случаях, когда психотерапия в бодрственном состоянии эффекта не дает.

Следует отметить, что применение речевой психотерапии в наших случаях оказывалось патогенетически вполне правильным: оно устраняло патологически прочно зафиксировавшиеся динамические стереотипы, утратившие свою социальную значимость, открывая тем самым возможность образования новых корковых динамических структур.

ГЛАВА XI

СЛЕДОВЫЕ ПРОЦЕССЫ В КОРЕ МОЗГА

Что наше исследование высшей нервной деятельности идет по верному пути, что мы точно констатируем явления, ее составляющие, и что мы правильно анализируем ее механизм,– самым ярким образом доказывается тем, что мы теперь можем во многих случаях функционально воспроизводить с большой точностью хронические патологические ее состояния и вместе с тем потом, по желанию, восстанавливать норму.

И. П. Павлов

Кора головного мозга, осуществляя аналитико-синтетическую деятельность, закрепляет временную последовательность всех протекающих в ней процессов, сохраняя возможность воспроизводить их в дальнейшем, при соответствующих условиях. На этой именно основе и осуществляется, как известно, функция памяти – процессы запоминания и воспоминания всего происшедшего в прошлом, в их прямой последовательности и связи.

Эта особенность коры головного мозга свидетельствует о том, что вся высшая нервная деятельность проникнута принципом историчности, представляющим основную характерную черту всей павловской рефлекторной теории.

При этом, как отмечает К. М. Быков (1947а), «...фиксирование корой мозга последовательности событий имеет огромное значение для жизни организма, ибо позволяет при определенных обстоятельствах повторить имевшую место в прошлом цепь событий».

Путем словесного воздействия, примененного во внушенном сне, такого рода воспроизведение элементов прошлого опыта коры мозга оказывается вполне осуществимым.

Всем знакомым с литературой по гипнозу и внушению известно, что хорошо гипнабильному взрослому человеку, находящемуся в состоянии внушенного

сна, достаточно сделать внушение, состоящее всего лишь из 5 слов: «Сейчас Вам 6 лет, проснитесь!», чтобы он после пробуждения воспроизводил в мельчайших деталях все особенности, присущие внушенному ему возрасту. При этом изменения распространяются на все стороны высшей нервной деятельности, относящиеся как к кругу представлений, эмоций, отношению к окружающему, так и к интонациям его голоса, характеру речи, почерка, рисунков и других проявлений поведения.

Вполне естественно, что при наблюдении такого рода явлений всегда возникает вопрос: что это за воспроизведение, действительное оно или же искусственное?

Доказательства возможности оживления прошлого опыта человека в различном возрасте и во всех подробностях мы видим в основных закономерностях физиологии высшей нервной деятельности. Как известно, согласно учению И. П. Павлова, кора мозга представляет мозаичную картину возбужденных и заторможенных участков, динамических структур, находящихся в большей или меньшей готовности к деятельности. В этих условиях всякое действующее на кору раздражение, связываясь со следами прежних раздражений, может оживить огромный комплекс цепных рефлексов, с которыми в прошлом оно было как-либо связано. Особую активность в этом отношении может получать именно словесный раздражитель, могущий вызывать к жизни самые разнообразные и сложные реакции. Хорошо известно и эмпирически доказано, одно слово нередко оживляет в памяти очень многое, воспринятое в отдаленном прошлом.

На основании этих соображений и экспериментальных данных мы можем утверждать, что при внушении прошлого возраста может происходить действительное оживление прежних динамических структур, относящихся к соответствующему, более раннему периоду жизни. Это может происходить наиболее легко именно в условиях внушенного сна с остающимся незаторможенным одним ограниченным бодрствующим участком (зона раппорта). При этих условиях мы имеем возможность направить деятельность коры мозга, оживляя в ней нужные нам динамические структуры.

Ряд исследований в этом направлении впервые был проведен нами (К. П. Платонов и Е. А. Приходивый) в 1930 г. В нашу задачу входило осветить лежащие в основе этих явлений физиологические механизмы с позиций учения И. П. Павлова. Несколько позднее аналогичные исследования, но с более глубоким физиологическим анализом были проведены А. О. Долиным (1933), а также Ф. П. Майоровым и М. М. Сусловой (1947, 1951, 1958). Как отмечает А. Г. Иванов-Смоленский (1952), путем внушения, возвращающего человека на определенные возрастные этапы пройденного им жизненного пути, изучается «запечатленный в мозговой коре индивидуальный опыт личности».

Данные этих исследований говорят о том, что легче воспроизводятся возрастные состояния, пережитые исследуемым в недавние годы, и труднее – относящиеся к более отдаленному (1-2 года) периоду его жизни. При этом многие исследования свидетельствуют о воспроизведении целостных корковых динамических структур, относящихся к отдельным возрастам, со всеми их особенностями.

Следует отметить, что внушение, делаемое обычно в форме утверждения: «Вам столько-то лет!», является методически неправильным, ибо таким путем легко может быть вызван отрыв корковой деятельности от действительности, что, как известно, с неизбежностью возникает в случаях внушения возраста, еще не пережитого (например, при внушении 20-летнему, что ему 40 лет). Поэтому при таких исследованиях мы предпочитаем называть не возраст, а конкретную дату, с которой у исследуемого были связаны в прошлом те или иные переживания. Такой методический прием способствует направлению корковой деятельности исследуемого на путь воспроизведения прошлых динамических структур, препятствуя развитию условнорефлекторной деятельности по элементарному механизму подражания.

Нет сомнения в том, что состояние внушенного сна, при котором создается достаточно глубокое функциональное расчленение коры мозга на участки сна и бодрствования действительно облегчает воспроизведение следов прошлого, направляемое соответствующими внушениями словом. К этому в основном и сводится, по мнению Ф. П. Майорова и М. М. Сусловой, нервный механизм так называемого перевоплощения в гипнозе.

Проведенные нами и рядом авторов наблюдения над больными с внушением пережитых ими различных возрастных состояний помогли нам впервые (1925а) установить возможность репродуцирования прошлых патологических синдромов у одного из наших больных. Нужно отметить, что мы при этом исходили из предположения о динамической природе неврозов, как и самих истерических явлений.

Переходим к нашим наблюдениям.

1. Больной Ш., 35 лет, страдал «командными» припадками, сопровождавшимися потерей сознания и стойким правосторонним гиперкинезом, возникшим и зафиксировавшимся после тяжелой контузии. Гиперкинез выражался в форме ритмических клонических судорожных подергиваний правых конечностей (верхней и нижней) при более ярко выраженных сокращениях мышц лица и правой руки, продолжавшихся в течение 4 лет. Больной оказался хорошо гипнабильным, и его в свое время удалось очень быстро избавить от этих патологических состояний.

Несколькими месяцами позже, когда он был уже вполне здоров, мы проверили у него состояние компенсаторной способности коры мозга, а также степень стойкости, закрепившихся у него эффектов психотерапии. Путем соответствующего внушения во внушенном сне мы «перенесли» его в прошедшие годы. Внушение детского возраста реализовалось очень хорошо. «Переводя» его, таким образом, из года в год, мы дошли до периода его болезненного состояния. У него возникла картина прошлого патологического синдрома с ярко выраженным гиперкинезом, соответствующей мимикой, общим внешним обликом и всем поведением: перед нами был прежний больной.

В дальнейшем, вызывая косвенным внушением такое репродуцированное патологическое состояние, мы убедились, что длительность его могла быть различной: от нескольких минут до нескольких часов. Нам всегда удавалось констатировать наличие всех прежних патологических симптомов, вплоть до односто-

роннего отсутствия всех видов поверхностной и глубокой чувствительности. Это происходило без какого-либо прямого внушения наличия этих симптомов.

После снятия этого состояния (путем соответствующего обратного внушения во внушенном сне) весь этот синдром исчезал, не отражаясь на состоянии или самочувствии после выхода из гипноза.

Позднее, при случайной встрече с Ш. через 9 лет после его выздоровления, нами было произведено еще одно такое повторное наблюдение. Приведя Ш. в гипнотическое состояние, мы внушили только: «Сегодня день вашего первого обращения к нам, проснитесь!», и весь патологический синдром после пробуждения оказался налицо. Путем соответствующего словесного внушения обратного значения весь синдром был снова устранен (наблюдение автора).

Следует подчеркнуть, что воспроизведение патологического симптомокомплекса во всех случаях осуществлялось не путем прямого внушения, а косвенным путем (например, называнием той даты, когда началось заболевание).

После этого мы решили провести аналогичные наблюдения и над другим нашим больным, история болезни которого приводится ниже. У него в гипнозе наблюдалась сомнамбулическая стадия. Он быстро засыпал после однократной словесной инструкции: «Спать!» и во внушенном сне на внушения соответствующего содержания давал очень живые реакции. У него легко удавалось воспроизведение возраста в сторону детства, а также реакции со стороны мышечного тонуса желудка на внушенные эмоции.

2. Больной Р., 37 лет, 20/XII 1929 г. явился на прием к врачу в состоянии повышенной раздражительности, причем по ничтожному поводу был аффективен, груб и агрессивен, требуя немедленного приема. Ходил, опираясь на палку; походка мозжечково-атактического типа. В первые дни пребывания в стационаре настроение подавленное, угрюм, молчалив, на окружающих не обращает внимания, ходит с потупленным блуждающим взором, с постоянным скрежетом зубов и подергиванием мышц правой половины лица, шеи и надплечья. С другими больными в контакт не входит. Малейший стук или шум вызывает у него вздрагивание, общее раздражение, плач, переходящий в рыдание. Предъявляет жалобы на тяжелое состояние внутренней тревоги и тоски. Исследованию недоступен, при легком прикосновении к нему появляется общее дрожание. На вопросы не отвечает или отвечает грубо, прося «отстать» от него, так как «и так тяжело». Произвести соматическое исследование не представлялось возможным, попытки исследовать рефлексы и болевую чувствительность вызывали ряд общих двигательных защитных реакций с выражением испуга на лице и со слезами на глазах. Если же удавалось сделать удар молоточком по коленной связке или нанести укол, то появлялась разлитая защитная двигательная реакция, плач, гипергидроз на лице и шее, учащение пульса. При попытке собрать анамнез и познакомиться с прошлым слова «крушение», «поезд» и т. п. вызывали слезы, судорожные подергивания лицевых мышц. Настроен враждебно против врачей и вообще против медицины, не помогавшей ему выздороветь. В течение первых 3-4 дней отмечен плохой сон (1-2 часа в течение ночи) и зрительные галлюцинации, воспроизводившие пере-

несенные им в прошлом психические травмы. Наблюдались короткие приступы дезориентированности: он пытался затянуть шею полотенцем, ему казалось, что находится в тюрьме, проявлялось настойчивое желание уйти из стационара. Иногда, теряя контакт с окружающим, видел перед собой зимние пейзажи и стремился идти туда. Однако при попытке подняться с места, чтобы идти, тотчас же приходил в себя.

Когда наступал период относительного спокойствия, больной мог отвечать на некоторые вопросы. Тогда от него удавалось получить отрывочные сведения, он обнаруживал правильную ориентировку во времени и месте. Жаловался на тяжесть состояния, тоску и приступы влечения к самоубийству и просил прятать от него полотенце, пояс и т. п. Считал себя больным, выражал желание выздороветь, но отмечал, что вот уже несколько лет ему «все хуже и хуже» (рис. 58).

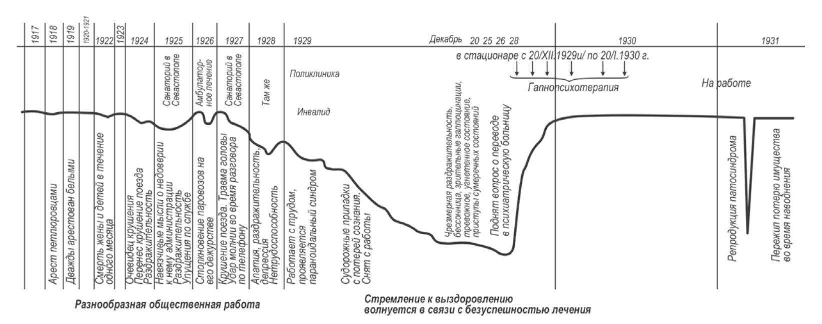


Рис. 58. Схема состояния больного Р. до заболевания, во время болезни и после гипносуггетивной терапии. Понижение кривой обозначает ухудшение в состоянии больного.

Принимая во внимание истерический характер всего синдрома, мы решили прибегнуть к гипносуггестивному успокоению нервно-психической сферы. Попытка усыпить словесным внушением удалась: через несколько минут больной заснул. Был сделан ряд внушений успокоительного характера и был дан 15-минутный внушенный сон-отдых. Этот сеанс резко изменил состояние больного к лучшему, и вопрос о переводе его в психиатрическую больницу отпал.

По мере улучшения его состояния удалось, наконец, собрать сведения о прошлом. В 1918 г. он был арестован петлюровцами и в 1919 был под угрозой расстрела, после чего возникла повышенная раздражительность. В 1922 г. в течение одного месяца перенес смерть жены и двоих детей. В 1923 г. было крушение поезда на станции, где он с 1922 г. занимал должность помощника начальника станции; усилилась нервозность. В 1924 г. был очевидцем железнодорожного крушения.

В 1925 г. развилось ясно выраженное неврастеническое состояние. Лечился в Севастопольском институте физических методов лечения, после чего здоровье восстановилось полностью. В 1926 г. после новой психической травмы снова возникла раздражительность, наклонность к плачу. Получил курс гидротерапии, давший небольшое улучшение. В июне 1927 г. перенес ушиб головы с потерей

сознания. Развилась раздражительность, недоверие к подчиненным. В июле того же года во время разговора по телефону в электросети произошел разряд молнии, что привело к усилению невротического состояния. Снова лечился в течение месяца в Институте физических методов лечения. Улучшение небольшое. В 1828 г. часто страдал бессонницей, понизился интерес к работе, к которой до сих пор всегда относился ревностно. Развилось угнетенное состояние, приступы тоски. В августе снова лечился в санатории при Институте физических методов лечения имени И. М. Сеченова. Находился в состоянии депрессии, постоянно плакал, держался уединенно, все его раздражало. Возвратился к работе в том же состоянии. Здоровье ухудшалось: кроме нарушения сна, стали появляться галлюцинации – похороны жены и детей, зимние пейзажи, крушения. Состояние ухудшалось, стали примешиваться параноидные элементы. В августе 1929 г. перенес ранение головы, в бессознательном состоянии доставлен в больницу. 27/VIII возник судорожный припадок с потерей сознания, 13/IX – такой же припадок во время работы, после чего не работает. Участились галлюцинации, появилось дрожание рук и всего тела, неустойчивость, ходить может только с палкой, постоянно ощущает колебания почвы под ногами. Тревожное состояние, мысли о самоубийстве, повышенная потливость, частые позывы на мочеиспускание. Потерял способность владеть собой, раздражителен до агрессивности. Переведен на инвалидность. Раздражительность поддерживалась сознанием безрезультатности медицинской помощи.

В дальнейшем было проведено 6 сеансов психотерапии. С каждым днем здоровье восстанавливалось и через месяц, 20/1 1930 г., был выписан на работу. На рис. 58 приведена схема развития его заболевания (наблюдение автора).

У данного больного был тяжелый, прогрессивно развивавшийся невроз истерического типа с полиморфным психотическим и невротическим синдромом.

Через год, 20/11 1931 г., когда Р. случайно приехал по делам службы, нас заинтересовал вопрос о возможности воспроизведения у него следов прошлого патологического состояния. Учитывая наши прежние наблюдения, относящиеся к репродуцированию прошлых возрастных состояний, а также наши прежние исследования, касающиеся больного Ш., мы вправе были ожидать успеха и в данном случае.

Приведя его в состояние внушенного сна, ему внушили: «Сегодня у нас 20 декабря 1929 г. (дата его поступления в стационар), проснитесь!». При этом в разговоре мы сознательно совершенно не касались его прошлой патологической симптоматики. Р. проснулся, и, действительно, мы увидели перед собой прежнего больного: выражение лица тревожно-угнетенное, со страхом озирается по сторонам, на вопросы отвечает неохотно, раздражен. Попытки исследовать чувствительность и рефлексы вызывали знакомую защитную двигательную реакцию, скрежет зубов и те же мышечные подергивания лица (рис. 59). Пульс участился, на лице выступил пот, на глазах показались слезы. После прекращения попыток исследовать его успокоился. На предложение встать и идти в палату стал оглядываться по сторонам, ища палку, без которой он тогда не мог ходить. При попытке расспросить его о причинах заболевания и при напоминании о поездах и крушениях сначала отвечал раздраженно и бессвязно, потом стал все более и более раздражаться и, наконец, разрыдался. Словесной инструкцией: «Спать!» был быстро усыплен, после чего ему было сделано внушение обратного характера: «Сейчас 20 февраля 1931 г., проснитесь!» Проснулся с хорошим самочувствием, содержания сеанса не помнит.




Рис. 59. Больной Р. ***а*** **–** адоров; б – реакция на попытку сделать укол булавкой после сделанного во внушенном сне словесного внушения: «Сегодня 20 декабря 1929 г.. Проснитесь!».

Чтобы иметь уверенность в отсутствии намеренной имитации, мы предложили ему в бодрственном состоянии произвольно представить нам патологические симптомы, бывшие у него в соответствующие дни. Он этого сделать не мог, не мог также по нашей просьбе воспроизвести скрежет зубов.

Далее нас интересовало состояние Р. в 1928 г., в бытность его в стационаре при Институте физических методов лечения имени И. М. Сеченова, где он находился в тревожно-угнетенном состоянии депрессии. Больной был усыплен, после чего мы сделали следующее словесное внушение: «Сейчас 1928 г., вы в Сеченовском институте, проснитесь!». Он проснулся, и вся его поза и выражение лица отражали его угнетенное состояние: грустно-задумчивое, страдальческое выражение лица, неподвижная поза. Стал ломать руки, тяжело вздыхать, по лицу текли слезы. На вопрос: «Что с вами, почему такая грусть?» ответил: «Ох, тяжело» и разрыдался (рис. 60, а и б).

Случайно присутствовавший на одном из сеансов гипноза врач Б. из Института имени Сеченова, наблюдавший Р. в 1928 г., подтвердил сходство состояния больного. Изменения в поведении Р. наступили также после словесной инструкции: «Сейчас 1927 г., проснитесь!» (в этом году у больного постоянно проявлялось подозрительное отношение к сотрудникам и подчиненным и недоверие к ним). Манера разговаривать и мимические реакции отражали это «параноидное» состояние (рис. 60, в). Аналогичные наблюдения были сделаны и в декабре 1933 г.





Рис. 60. Больной Р. в вызванных во внушенном сне состояниях. А и Б – картина депрессии после словесного внушения: «Сейчас 1928 г., вы в Сеченовском институте, проснитесь!»; *В* – после словесного внушения: «Сейчас 1927 г., проснитесь!». На лице выражено подозрительное отношение.

Картины этих состояний можно было воспроизводить повторно. Они демонстрировались нами на конференциях врачей Украинского психоневрологического института и Центральной поликлиники Наркомздрава. Нужно сказать, что эти репродукции, как и в предыдущем случае, нисколько не отразились на состоянии здоровья Р. и не помешали выполнению им напряженной работы. Рецидивов заболевания не было, несмотря на то, что Р. пережил наводнение, крушение дрезины и падение с ушибом головы (во время поездки по расследованию причин крушения поезда).

Итак, эффект оживления во внушенном сне следов пережитого в прошлом патологического состояния, наблюдавшийся нами у 2 больных, показал реальную возможность произвольного воспроизведения и устранения сложной патологической симптоматики.

Однако был ли в этих случаях, действительно, факт реального воспроизведения пережитого ранее патологического невротического состояния?

И. П. Павлов писал: «...Сколько есть разнообразных случаев болезненного нервного состояния людей, когда у них нормальная деятельность поддерживается более или менее только до тех пор, пока их не коснутся компоненты, хотя бы и очень незначительные, даже в виде словесных намеков, тех сильных и сложных раздражителей, которые первоначально обусловили нервное заболевание». В наших случаях эти очень незначительные намеки касались лишь «дат» поступления в стационар.

Доказательством того, что в данном случае, действительно, могло быть репродуцирование имевшегося в прошлом патологического состояния, могут служить сопутствовавшие этому состоянию вегетативные реакции.

Добавим к сказанному, что еще в 1924 г. нами совместно с нашим ассистентом П. П. Истоминым (пропедевтическая нервная клиника Харьковского медицинского института) была показана возможность воспроизведения симптоматики эпилептических припадков лишь путем внушения во внушенном сне возникновения ауры (что делалось с диагностической целью). Приводим пример.

3. Больной М., 30 лет, обратился в клинику нервных болезней с жалобами на припадки, сопровождавшиеся потерей сознания, судорогами, прикусами языка и последующим сном. Припадки начались с 5-летнего возраста после сильного испуга и побоев, нанесенных камнями по голове. Припадки бывают регулярно 2 раза в месяц. От военной службы освобожден.

Больной оказался хорошо гипнабильным. В лаборатории клиники в присутствии жены больного путем внушения во внушенном сне с диагностической целью был вызван описанный выше припадок. Для этого достаточно было сделать словесное внушение о наличии ауры (головокружение). Тотчас же после этого развился припадок, начавшийся с крика, побледнения, а затем цианоза лица, тонических и клинических судорог, отсутствия зрачковой реакции на свет. Припадок прекращен путем соответствующего внушения. По словам жены больного, картина припадка была весьма сходной с его обычными припадками (наблюдение автора),

О возможности возникновения эпилептических припадков по механизму условного рефлекса говорят также наблюдения В. М. Бехтерева (1922): «...Иногда даже появление самих приступов наступает, – говорит он, – подобно сочетательному рефлексу».

М. П. Никитин (1934) упоминает об одном оперном артисте, у которого эпилептические припадки возникали по механизму временной связи (исполнение в условиях сильного эмоционального возбуждения определенной оперной арии).

В свете учения И. П. Павлова эти факты получают надлежащее объяснение. Проведенные А. О. Долиным (1938, 1948) экспериментальные исследования условнорефлекторной камфарной эпилепсии у животных дают основание предполагать возможность вызывания путем словесного внушения во внушенном сне не только истерических синдромов, но и более сложных патологических состояний, каким является эпилептический припадок у человека.

В области дерматологии явления репродуцирования путем внушения имевшихся в прошлом кожных заболеваний описаны А. И. Картамышевым (1942). Таким путем ему удавалось как приостановить появление дерматоза, так и вызвать подобный дерматоз со всеми сопутствующими явлениями (несколько меньшей силы) в заранее назначенный послегипнотический момент.

Здесь следует отметить интересные наблюдения П. К. Булатова и П. И. Буля (1935 6), показавшие возможность воспроизведения припадка бронхиальной астмы, используя внушение. Кроме того, П. И. Буль (1959) вызывал днем у 16-летнего юноши путем внушения в гипнозе ночной спонтанный автоматизм (лунатизм). С этой целью им было сделано внушение: «Воспроизведите все события вашего последнего приступа». Усыпленный поднялся с постели, с закрытыми глазами прошел по комнате, взял с полки с книгами одну из книг, положил ее на стул около своей постели и снова лег. По словам присутствовавшего при этом отца юноши, была в точности воспроизведена картина бывшего ночного приступа. При этом ни о спонтанном, ни о воспроизведенном им в гипнозе приступе юноша ничего не помнил.

М. Л. Линецкий (лаборатория ЦПНБ) воспроизводил с помощью словесного внушения малярийные синдромы. А. Б. Горбацевич (1955) посредством внушения в гипнотическом сне воспроизводил у больных эпилепсией судорожные припадки с соответствующими сдвигами электрической активности коры мозга, отвечающими этому состоянию.

Во всех приведенных случаях раздражителями служили словесные внушения соответствующего смысла, которыми оживлялись следовые процессы, сохранившиеся в высших отделах центральной нервной системы от пережитого в прошлом патологического состояния.

Таким образом, приведенные нами данные позволяют утверждать, что в основе рассматриваемых явлений лежит действительное, реальное репродуцирование процессов и состояний, имевших место в прошлом в высших отделах головного мозга исследуемых. Этим подтверждалась правильность представлений школы И. П. Павлова о том, что следы пережитого в известной мере являются несмываемыми.

Отсюда следует, что метод гипноанализа (оживление в памяти больного, находящегося в состоянии внушенного сна, травмировавших в прошлом его психику факторов), применяющийся психотерапевтами с диагностической и терапевтической целью, имеет под собой вполне реальное основание.

Таким образом, весь патологический симптомокомплекс, имевший место в прошлом, может быть воспроизведен вновь после клинического выздоровления. Это говорит о том, что после выздоровления нервная система продолжает сохранять в заторможенном виде, в виде следов, динамический стереотип перенесенного в прошлом корково-подкоркового патологического состояния.

Поэтому в определенных случаях мы используем этот прием оживления таких следовых процессов с диагностической целью, в качестве одного из способов уточнения особенностей возникшего у больного патологического состояния и выяснения некоторых сопутствующих ему или связанных с ним патогенетических моментов. Это может быть иллюстрировано следующим примером.

В 1924 г. в пропедевтическую клинику нервных болезней Харьковского медицинского института обратился Б., 17 лет, с жалобой на возникшее у него с 5-летнего возраста заикание. Однако ни он сам, ни его мать не знали, на какой почве это заболевание развилось. Погрузив больного в состояние внушенного сна, мы внушили, что ему сейчас 5 лет. После этого, продолжая находиться в таком состоянии, он легко вспомнил и подробно описал случай испуга, происшедший с ним в этом возрасте: во время иллюминации в их саду загорелся бумажный фонарик, что было связано для него с сильным эмоциональным переживанием, послужившим непосредственной причиной развившейся у него задержки речи (наблюдение автора).

Следует остановиться на наблюдении М. М. Сусловой (1952). Когда 40-летней больной, находившейся во внушенном сне, было внушено, что ей сейчас 30 лет, она стала предъявлять жалобы на тошноту и сильную головную боль, причем заявила, что «что-то ее сильно ударило», но что «во всем этом она ничего не понимает». При опросе ее после пробуждения было выяснено, что в 30-летнем возрасте поезд, в котором она находилась, будучи на фронте (1941), попал под бомбежку. Она была контужена и потеряла сознание. Когда пришла в себя, чувствовала головную боль и сильную тошноту.

Таким образом, и на этом примере мы видим, что воспроизведение пережитой в прошлом ситуации может приводить к оживлению следовых реакций, отвечающих событиям, пережитым в прошлом. Наиболее ярким для данной больной оказался момент ее контузии, перенесенной в этот период ее жизни. Подобные примеры говорят о большой диагностической значимости такого исследовательского приема.

В заключение приведем также одно давнее наблюдение, сделанное в свое время Штауфенбергом (Stauffenberg, 1912). У истерической больной после выздоровления от полиартрита и тяжелого эндокардита с септической температурой возник рецидив в виде возникавших каждый вечер приступов резкой тахикардии с проливным потом, потрясающим ознобом и температурой до 40-41°. Приступы повторялись ежедневно в одно и то же время и продолжались 5-10 минут. Во время приступа кровь стерильна, лимфоцитоз до 50%, чего нет до и после приступа, когда состояние вполне нормальное.

Абсолютная правильность наступления приступов, нормальная температура вне приступа и замеченная однажды во время приступа псевдотетания с симптомом Хвостека привели автора к попытке применения гипнотического внушения. Таким путем удалось не только купировать эти приступы, но и вызывать внушением подобный приступ со всеми сопутствующими ему явлениями, но несколько меньшей силы в другое время (в назначенный постгипнотический момент).

Возникает вопрос о степени безвредности репродуцирования у бывших больных их прошлых патологических состояний. Как показали наши наблюдения, повторение подобных исследований, сделанное как в течение первого года после выздоровления, так и в дальнейшем (первый больной), не отражалось на состоянии его здоровья. Это не мешало ему занимать в течение 10 лет ответственные посты (после полной инвалидности в течение 4 лет). То же следует сказать и о нашем бывшем больном Р. Без ущерба для его здоровья на протяжении 11 лет несколько раз воспроизводилось его прошлое патологическое состояние. Вместе с тем все это свидетельствовало о высокой компенсаторной способности нервной системы обеих больных.

Следует отметить, что второй из этих больных 10 лет спустя (1937), перенес новую тяжелую многолетнюю психотравматизацию, что, однако, не вызвало рецидива его прошлого заболевания.

Об отсутствии вредных последствий воспроизведения отдельных симптомов невротического состояния говорит в своей монографии А. Т. Пшоник (1952). Он вызвал у исследуемых внешний симптом «сосудистого невроза» путем сшибки двух противоположных по действию раздражителей. Такого рода экспериментально вызываемую «патологию» он считает не больше чем физиологической моделью действительного невроза. А. Т. Пшоник при этом отмечает, что «стоит только исследуемому выйти из экспериментальной комнаты, и не остается никаких следов экспериментального невроза, как бы ярко он ни проявлялся».

Таким образом, наши наблюдения не дают основания говорить об отрицательном действии на состояние здоровья воспроизведения следовых процессов прошлого патологического состояния. У всех 3 наших больных патологический синдром не восстанавливался даже после новых психических травм, возникавших у них впоследствии.

Заметим, что таким же путем и у здоровых могут быть репродуцируемы пережитые ими в прошлом состояния. Так, Л. П. Гримак (1959) описывает полученное им в лабораторных условиях воспроизведение физиологических реакций парашютиста, связанных с различными моментами переживавшихся им в прошлом реальных прыжков с самолета.

С этой целью Л. П. Гримак приводил отобранных им парашютистов, имевших на своем счету не менее 10-15 парашютных прыжков, в сомнамбулическую стадию гипноза и в этом состоянии делал им речевое внушение о переживании ими различных этапов подготовки к парашютному прыжку и самого прыжка. При этом непрерывно регистрировались кривые пульса, дыхания и артериального давления. Таким путем удавалось воспроизвести и записать все особенности физиологических реакций, связанных с этими моментами наибольшего напряжения корковой и подкорковой динамики, что иным путем осуществить не удавалось.

ГЛАВА XII

ИЗОЛИРОВАННЫЕ БОЛЬНЫЕ ПУНКТЫ КОРЫ МОЗГА

...Мы имеем достаточное основание принимать, что под влиянием различных болезнетворных причин функционального характера в коре полушарий могут получаться резко изолированные патологические пункты или районы.

И. П. Павлов

Отмечая, что вся наша жизнь есть «беспрерывная борьба, столкновение наших основных стремлений, желаний и вкусов как с общеприродными, так и со специальными социальными условиями», И. П. Павлов говорил, что все это при определенных условиях может вести к концентрации патологической инертности раздражительного процесса «то в клетках, непосредственно воспринимающих раздражения как от внешних, так и от внутренних агентов (первая сигнальная система действительности), то в разных клетках (кинестезических, слуховых и зрительных) словесной системы (вторая сигнальная система), и притом в обеих инстанциях в различных степенях интенсивности: раз – на уровне представлений, а в другой – доводя интенсивность до силы реальных ощущений (галлюцинации)» .

Согласно учению И. П. Павлова, можно легко сделать больными отдельные, даже мелкие пункты больших полушарий. Действие на эти пункты адекватных раздражителей «ведет к быстрому и резкому падению общей условнорефлекторной деятельности».

Весь наш многолетний поликлинический опыт свидетельствует о том, что действием слова можно устранять больные пункты различной локализации. Приведем ряд примеров.

1. Больная Г., 28 лет, обратилась к нам с жалобой на мучительную форму кривошеи (torticollis), которой страдает 8 лет. Заболевание возникло в момент острой ссоры с мужем, когда он нанес ей грубое оскорбление, причем голова больной в момент травмы была повернута в крайнее левое положение. С этого времени та-

кая поза зафиксировалась и не исчезала даже во время сна. В течение 8 лет больная лечилась безрезультатно. Мучительное состояние доводило ее до решения покончить с собой. Веру в медицину и врачей «окончательно утратила».

Применена психотерапия во внушенном сне. Отмечается как заслуживающее особого внимания, что уже по мере развития внушенного сна кривошея стала постепенно ослабевать и расправляться. После же сделанного специального внушения: «Пережитое вами забыто; вы можете совершенно свободно поворачивать голову в любую сторону!» кривошея, державшаяся непрерывно в течение 8 лет, окончательно исчезла. После пробуждения все виды движения головы оказались полностью восстановившимися. Осталось лишь некоторое «чувство неловкости» в области шеи, исчезнувшее на следующий день после 2-го сеанса. Таким образом, 2 сеансами гипносуггестивной терапии больная, по-видимому, принадлежавшая к сильному неуравновешенному типу нервной системы и частному художественному, была полностью и окончательно избавлена от описанного крайне тяжелого состояния, длившегося 8 лет. В 1925 г. демонстрировалась нами на заседании Общества врачей Днепропетровска, в течение 8 лет считавших ее неизлечимой.

У данной больной вследствие внезапно нанесенной острой психической травмы (оскорбительные слова) в коре мозга возник сильный очаг возбуждения. Вызванная им мощная волна отрицательной индукции, по-видимому, и создала условия патологической изоляции другого очага возбуждения, имевшегося в этот момент в области кинестезического анализатора, в виде сильного тонического сокращения левой шейной мышцы. Вследствие этого здесь образовался изолированный от остальных районов коры мозга больной пункт, прочно зафиксировавшийся и сохранявшийся в течение ряда лет. При таких условиях человек уже ничего не может сделать с этим изолированным возбуждением, потому что оно разъединено с остальными районами коры.

Как мы видели, уже само развитие внушенного сна, т. е. слова усыпления и вызванное ими функциональное расчленение коры мозга на сонные и бодрствующие отделы, привело к устранению прежнего инертного очага возбуждения, лежащего в основе больного пункта. Последующими внушениями: «Забыть пережитое!» эффект терапии был закреплен.

2. Больная Х., 26 лет, обратилась с жалобами на постоянную боязливость, тревогу по вечерам («как зажгут огни»), головную боль, плохой аппетит и плохой сон, боязнь выходить вечером одной («кто-то гонится»). Все явления развились 2 года назад после нападения злоумышленников, которыми была избита ее сестра, а она сама пережила сильный испуг. Возникли головные боли, диссомния, боязнь выходить вечером из дому (не выходит даже с провожатыми). Это продолжается в течение 2 лет. Поликлиническое лечение (глюкоза, бромиды, кофеин) безрезультатно.

Проведено 6 сеансов мотивированного внушения во внушенном сне, устранивших весь патологический синдром. Уже после 3-го сеанса заявила: «Я уже здорова и точно помолодела». Находилась под наблюдением в течение 5 лет, катамнез положительный (наблюдение Е. С. Каткова).

У данной больной вследствие чрезвычайного, сверхсильного для ее нервной системы раздражения в определенной зоне коры мозга возникло состояние застойности (инертности) раздражительного процесса. Оно зафиксировалось в ней в виде изолированного «больного пункта», проявление которого было связано с фактором времени. «Больной пункт» зафиксировался в данном случае в области зрительного анализатора у лица, по-видимому, относящегося к сильному варианту слабого общего типа нервной системы. Вследствие сильной отрицательной индукции этот «больной пункт» также оказался изолированным от влияний на него остальных частей коры мозга. Речевое внушение: «Пережитое вами уже отошло в прошлое и вас больше не волнует!», сделанное во внушенном сне, полностью устранило этот «больной пункт».

И. П. Павлов говорил: «...если патологическая инертность очевидна и должна быть принята как факт в двигательных явлениях, то то же самое вполне допустимо, законно и в отношении всех ощущений, чувств и представлений». Он отмечал при этом, что чрезмерно устойчивые навязчивые представления, чувства и затем действия, не отвечающие правильным (стереотипным) социальным отношениям человека, возникают по механизму изолирования от всей коры пунктов болезненного состояния.

3. Больная К., 74 лет, обратилась в диспансер с жалобами на головную боль, шум в голове, боязнь острых предметов, навязчивые мысли и влечение убить свою внучку. Такое состояние продолжается около 10 дней, головные боли и головокружения – около 2 лет. Навязчивые мысли появились без всякого внешнего повода, причем больная относится к ним критически. Днем она прячет от себя острые предметы, ночью читает молитвы, стремясь отвлечь от себя навязчивые мысли. Все время занята борьбой с ними. Возникая временами, болезненные мысли особенно усиливаются к вечеру, перед сном.

На приеме больная резко подавлена, беспокойна, тревожна, растеряна, в силу чего анамнестические сведения давала сопровождавшая ее дочь. Психотических расстройств не отмечено, наследственность не отягощена, до заболевания была общительной, деятельной, предприимчивой, жизненные затруднения преодолевала легко. Внучку любит, отношения в семье хорошие. Нами состояние оценено как невроз навязчивости в старческом возрасте.

Проведено 9 сеансов гипносуггестивной терапии, в результате чего навязчивые мысли об убийстве внучки, тревога, беспокойство и растерянность исчезли. Больная стала живее, подвижнее, улучшился ночной сон. Отмечена сохранность памяти, критики, интеллекта, соответствовавшего возрасту и культурному уровню. Больная вернулась к своим привычным занятиям домашней хозяйки, с работой справляется. Положительный катамнез 1,5 года (наблюдение А. А. Соседкиной).

В основе этого контрастного влечения лежит ультрапарадоксальная фаза переходного состояния корковых клеток.

4. Больная Б., 56 лет, доставлена с жалобами на тяжелое беспокойное состояние, навязчивую ревность к тетке мужа (устраивает, по словам мужа, дикие сце-

ны ревности, иногда продолжающиеся всю ночь) и полную бессонницу. Заболела 1,5 года назад после психической травмы: тетка мужа, которой 60 лет, в беседе неожиданно сказала, что муж больной у нее бывает. Больная почувствовала глубокую обиду, сильно разволновалась, не спала ночь, на протяжении которой много плакала, упрекала мужа, что он «скрыл от нее отношения к тетке». С этого дня возникла навязчивая ревность.

С первых дней заболевания лечилась у районного невропатолога, а затем у психиатра (бром, глюкоза, инсулин) без существенного улучшения. В связи с беспокойным состоянием и суицидальными высказываниями помещена в психиатрическую больницу, где находилась 5 месяцев. Диагноз: пресенильный климактерический параноид. В числе прочих терапевтических мероприятий в психиатрической больнице была проведена терапия сном в течение недели. Выписалась без улучшения, с первого же дня опять начались сцены ревности. Упорная бессонница: больная засыпает с трудом даже после приема двойной дозы барбамила. Находилась под амбулаторным наблюдением районного психиатра. Лечение проводилось инсулином и кислородом. В статусе нерезко выраженный атеросклеротический синдром. Менструации прекратились в возрасте 48 лет.

После анамнестической беседы применена словесная психотерапия во внушенном сне. С 1-го же сеанса отмечен заметный сдвиг в сторону улучшения: больная стала спокойнее, но ее по-прежнему тревожит мысль: «Он ходит к ней, мне обидно!» С 7-го сеанса, когда был вызван глубокий сон, последовало резкое улучшение: впервые спала без снотворного, начала заниматься хозяйством, уделять внимание детям. Всего на протяжении месяца получила 12 сеансов, улучшение прогрессивно нарастало. Положительный катамнез 2 года, чувствует себя хорошо, много занимается хозяйством (наблюдение Е. С. Каткова).

Данный пример показывает недоучет врачами психогенеза заболевания и шаблонную трактовку его как «пресенильного психоза», полную безуспешность применявшейся ими фармакотерапии, в том числе лечения удлиненным сном, в то время как психотерапия во внушенном сне полностью сняла весь патологический синдром.

В обоих последних примерах также налицо картина «больного пункта» в виде застойности (инертности) раздражительного процесса. «Больной пункт», изолированный в силу отрицательной индукции от остальной коры мозга, проявился в сфере как второсигнальной, так и подкорковой (эмоционально-инстинктивной) деятельности.

В обоих случаях «больной пункт» был устранен путем прямого словесного внушения во внушенном сне, направленного на «забвение пережитого».

Перейдем к описанию «больного пункта» более сложного содержания. На этот раз он возник вследствие внезапного чрезмерно сильного раздражения со стороны зрительного и речедвигательного анализаторов, локализовался в разных участках коры и подкорки и прочно зафиксировался на длительный срок, а путем речевого воздействия во внушенном сне был устранен.

5. Больная К, 38 лет, обратилась в психоневрологический диспансер, имея на

руках больничный лист и направление в психиатрическую клинику с диагнозом шизофрении. Жалобы на частые «сердечные приступы», во время которых ей делается дурно. Приступы прекращаются только после инъекций камфары. Между приступами крайняя раздражительность, невыносливость к звукам, шумам, свету, отсутствие аппетита, бессонница, чувство сильной слабости. При усилении волнений в ее воображении возникает картина драки с криками о помощи и убийством человека. Эта картина представляется ей то в целом виде, то отдельными частями, причем больная чувствует крайнее изнеможение. Больная резко истощена, бледна, говорит тихим, ослабленным голосом, отвечает после длительных пауз, не может оформить своих жалоб. Анамнестические сведения давала сбивчиво, свое внимание фиксировала главным образом на множестве соматических ощущений.

На основании анамнестических данных и наблюдавшейся на приеме невротической реакции был применен с диагностической целью сеанс гипносуггестивной психотерапии.

После 1-го же сеанса больная почувствовала значительное облегчение: слуховые и зрительные галлюцинации стали реже, исчезло отвращение к пище, несколько улучшился сон, стала спокойно реагировать на шумы, стали реже «сердечные приступы». Однако оставалась неработоспособной и соматически ослабленной, продолжала страдать сердечными приступами, резко повышенной раздражительностью, невыносливостью к звукам, свету и т. д.

В клинике гипносуггестивная терапия была продолжена, причем после 1-го сеанса названная больная проснулась со счастливой улыбкой: «У меня все просветлело. Я ведь весь год жила, как в тумане, как во сне!» и впервые сообщила о себе следующие анамнестические сведения.

До заболевания была совершенно здорова, работала тестомесом в пекарне, с работой справлялась хорошо. Имеются взрослые сын и дочь, живущие отдельно от нее. Однажды, год назад, выйдя к поезду навстречу сыну, она оказалась свидетельницей тяжелого происшествия: с поезда сошел молодой человек, по росту и одежде очень похожий на ее сына. Он нес в руках сумку красного цвета со свертками, в какой обычно ее сын привозил покупки. Вдруг больная увидела, что группа мужчин внезапно набросилась на этого молодого человека и начала его избивать. Человек, принятый ею за сына, вскрикнул душераздирающим голосом: «Мамочка, спасай!» И в тот же момент она увидела размозженную голову убитого, лежащего в луже крови. Что было дальше, она не помнит.

Через несколько дней, находясь в местной соматической больнице, больная со слов персонала узнала, что ее подобрали в бессознательном состоянии, в одной руке у нее была крепко зажата красная сумка, а в другой руке песок с кровью. С тех пор больную преследовали постоянные слуховые и зрительные галлюцинации: то ей представлялась сцена убийства и размозженный череп, то слышался отчаянный крик: «Мама, спасай!»

Находясь в больнице в крайне тяжелом состоянии, она узнала, что сын ее жив, а убитым был человек, лишь очень похожий на него. Но это до ее сознания не доходило. Когда на 3-й день после происшедшего к ней пришел ее сын и заговорил

с ней, она при виде сына и звуке его голоса еще ярче представила себе убитого, причем слышала голос: «Мама, спасай!» Своего сына не узнавала в течение 7 дней.

Возник вопрос о переводе ее в психиатрическую больницу. После некоторого успокоения была выписана, но дома была крайне раздражительна, не переносила шума, голосов, изолировалась от домашних, жила в отдельной комнате, с закрытыми ставнями, отказывалась от еды, тревожно спала. Периодически отмечались псевдогаллюцинации психотравмировавшей картины.

Такое состояние длилось около года. За это время трижды госпитализировалась в соматические больницы по поводу приступов сердцебиения, но лечение оставалось безрезультатным.

Применение мотивированной гипносуггестивной терапии полностью восстановило здоровье: после 3 сеансов, во время которых она спала, больная успокоилась, к происшедшему появилось спокойное отношение, настроение бодрое, самочувствие хорошее, исчезли «сердечные приступы» и слуховые и зрительные галлюцинации. По выздоровлении была выписана и стала работать. За время пребывания в клинике прибавила в весе 5 кг. Дополнительные исследования и заключения врачей никакой патологии со стороны внутренних органов не выявили. Катамнез положительный в течение 2 лет, здорова, работает (наблюдение А. А. Соседкиной).

В данном случае вследствие внезапного стечения обстоятельств, внешне вполне логически и ассоциативно связанных между собой и эмоционально крайне остро пережитых, в коре мозга больной образовался чрезвычайно сильный и сложный по содержанию очаг концентрированного раздражения.

Сильной отрицательной индукцией из подкорки он был изолирован от остальных районов коры, т. е. получил характер прочно зафиксировавшегося сложного «больного пункта». В его основе лежал физиологический механизм самовнушения, порожденного одновременными воздействиями со стороны зрительного, слухового и речедвигательного анализаторов. Он приобрел доминирующее значение, в силу чего даже непосредственное воздействие (приход в больницу сына, в действительности в ходе событий не участвовавшего) не смогло нейтрализовать этот сложный изолированный «больной пункт».

Только путем систематически проведенного словесного врачебного воздействия в форме трех сеансов внушений во внушенном сне этот корковый «больной пункт» был полностью устранен.

ГЛАВА XIII

ВНУТРЕННЯЯ СРЕДА И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

...Большие полушария, благодаря их исключительной реактивности и лабильности, делают, пока точно неизвестным механизмом, для сильных, но-инертных по их природе, подкорковых центров возможным реагировать соответственной деятельностью на чрезвычайно незначительные по силе колебания среды.

И. П. Павлов

Касаясь изменений в состоянии организма, происходящих под влиянием словесного внушения, мы уже имели случай отметить, что в этих условиях нередко наблюдается самый широкий сдвиг в функциональном состоянии внутренней среды. Можно наблюдать реакции со стороны различных внутренних органов, сердечно-сосудистой системы, трофических функций, обменных процессов и пр.

Нужно сказать, что эти вопросы привлекали внимание физиологов уже давно. Так, Н. Е. Введенский (1954) еще в своих лекциях в 1911-1913 гг. отмечал, что «сфера явлений, которые могут быть подчинены гипнотическому внушению, оказывается чрезвычайно широкой: она не ограничивается областью высших нервных актов, но включает в себя и различные стороны растительной жизни организма».

Однако если некоторые из этих реакций прежними исследователями наблюдались неоднократно, то полученные ими данные до развития учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности не могли быть научно обоснованы. Кроме того, далеко не все отделы вегетативной и эндокринной систем были предметом этих исследований. Так, воздействие, оказываемое на обмен веществ (водный, углеводный обмен и пр.) путем словесного внушения соответствующего содержания, еще не было предметом такого рода исследований. Изменения в состоянии именно этих процессов, конечно, могли бы быть выявлены наиболее объективно.

Обменные процессы

В конце 1928 г. в целях выяснения возможности воздействия на водный обмен путем соответствующих внушений мы провели ряд исследований.

Приводим данные этих исследований.

1. У исследуемой Ш., находящейся в состоянии бодрствования, было предварительно определено количество мочи, выделяющейся за 2 часа. Для этой цели в 11 часов 15 мин. ее мочевой пузырь был опорожнен. В 13 часов 15 мин. выделилось 150 мл мочи с удельным весом 1,019. В 13 часов 18 мин. исследуемая Ш. была приведена в состояние внушенного сна и ей было сделано внушение: «Перед вами стоит графин с водой и пустой стакан; вы должны наливать воду из графина в стакан и ее выпивать!» Фактически же на столе не имелось ни того, ни другого. Такое внушение было сделано для создавания в коре ее мозга достаточно обширного и сложного очага возбуждения, связанного со зрительным, слуховым, тактильным и кинестезическим анализаторами. В дальнейшем внушалось: «Вы пьете воду, вы выпили один стакан воды, вы пьете второй стакан!» и т. д. При этом исследуемая протягивала руку, как бы беря стакан, подносила ее к рту и, как бы выпивая воду, делала глотательные движения. «Теперь пьете третий стакан... четвертый». «Вы выпили четыре стакана!» После этого исследуемая Ш. тотчас же была разбужена. Самочувствие хорошее. В 13 часов 30 мин. она заявила, что почувствовала сильный позыв на мочеиспускание. Была собрана моча, выделившаяся в количестве 230 мл с удельным весом 1,011. В дальнейшем были частые позывы, и моча, как показывают приводимые ниже данные, выделялась небольшими порциями (табл. 1).

Таблица 1

Всего
385 (удельный вес 1,011)

Время позыва	Количество мочи в мл	Примечание
1 час 30 мин.	230	
1 » 40 »	10	В 2 часа 30 мин. исследуемая заявила, что, что хочет есть и пить
1 » 50 »	25	
2 часа 20 »	20	Спрашивает: «Что ты сделал, почему такие частые помывы?»
2 » 30 »	10	
2 » 56 »	40	В 3 часа 30 мин. те же жалобы и те же вопросы
3 » 10 »	30	
3 » 30 »	20	

Таким образом, если до указанных внушений в течение 2 часов выделилось 150 мл мочи, то после мнимого питья четырех стаканов воды мочи оказалось 385 мл, т. е. на 165% больше, причем удельный вес был понижен (на 0,008).

2. Та же исследуемая. На основании предыдущего исследования мы нашли

возможным ограничиться определением количества мочи, выделявшейся только за один час, так как уже в течение первого часа картина определялась и получался эффект: от 11 часов 35 мин. до 12 часов 35 мин. количество выделившейся мочи составило 50 мл (удельный вес 1,018). В 12 часов 38 мин. исследуемая приведена в состояние внушенного сна, после чего сделано внушение: «Вы пьете один стакан воды» (Ш. тотчас же производит соответствующие движения руками, делает глотательные движения). «Выпиваете еще один стакан. Вам еще хочется пить, вы пьете третий стакан. Итак, вы выпили три стакана воды».

Пробуждена в 12 часов 45 мин. В 13 часов 5 мин., т. е. через 20 минут после пробуждения, позыв на мочеиспускание. Выделилось 225 мл мочи. В 13 часов 38 мин., т. е. через 33 минуты, снова позыв, выделилось еще 250 мл мочи. Всего за час выделено 475 мл мочи (удельный вес 1,011).

Итак, на этот раз количество мочи за ту же единицу времени увеличилось почти в 10 раз с уменьшением удельного веса на 0,007 (рис.61).

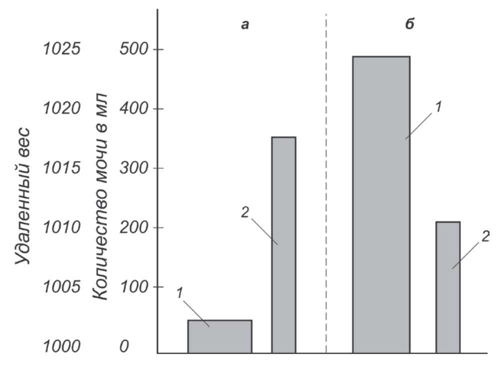


Рис. 61. Диурез за один час до *(а)* и после *(б) внушения питья.*
1 – количество мочи; 2 – удельный вес.

3. Та же исследуемая. Мы сделали анализ крови до и после соответствующих внушений «питья воды». Предполагая, что при такой потере воды тканями кровь должна претерпевать соответствующие изменения (сгущение), мы произвели количественное определение гемоглобина и эритроцитов.

До начала исследования выделилось в течение часа 70 мл мочи с удельным весом 1,015, количество гемоглобина составило 67%, эритроцитов 3 983 000. После обычного внушения питья трех стаканов воды мочи выделилось в течение часа 200 мл (удельный вес 1,013), содержание гемоглобина 71%, эритроцитов 4 090 000. Таким образом, помимо обычного повышенного диуреза с понижением удельного веса мочи, в данном случае соответственно наблюдался процесс сгущения крови.

Нужно ли говорить, что эти наши исследования аналогичны опытам К. М. Быкова, о которых он докладывал в 1926 г. на II Всесоюзном съезде физиологов в Ленинграде и которые дали толчок нашим исследованиям.

Если в опытах К. М. Быкова условным мочегонным раздражителем была сама процедура приготовления к введению воды в прямую кишку животного, то в нашем случае роль этого «мочегонного» играло содержание соответствующего внушения словом.

Следует отметить наблюдавшееся во всех проведенных нами исследованиях весьма быстрое повышение диуреза: в первые 20-30 минут выделялась большая порция мочи (особенно в первом исследовании).

Аналогичные данные и с теми же результатами были получены в Харькове М. Л. Линецким (физиологическая лаборатория Центральной психоневрологической больницы Министерства путей сообщения, 1949), который провел у 9 лиц 41 исследование.

Все эти данные говорят о возможности воздействия словом на этот вид обмена. Такие же исследования в свое время были проведены в Венской психоневрологической клинике Гофом и Вермером (Hoff, Wermer, 1928). Однако, помимо мнимого питья воды, они делали еще внушение о предстоящем повышении выделения мочи, чем нарушалась чистота опыта.

Следует отметить, что, как установлено К. М. Быковым (1947а), условная связь может образоваться и через гуморальную систему. «Изменение физического и химического состояния жидкостных систем организма (кровь, тканевой сок и лифма), – говорит он, – при одновременном, раздражении, падающем на кору мозга с любого рецептора, может быть базой для образования условного рефлекса». Всякие колебания в жидкостных системах организма «могут служить основой для образования нервногуморальной связи». В частности, «базой для образования мочеотделительного условного рефлекса служит гидремия крови».

В ответ на применение условного раздражителя происходит изменение водного состава мочи, отражающее соответствующие изменения водного состава крови.

Если приведенные данные показывают возможность получения сдвига в одну сторону, то клинические наблюдения свидетельствуют о возможности сдвига тем же путем и в противоположную сторону. Ниже мы приводим два наблюдения так называемого «несахарного мочеизнурения», где словесное воздействие оказало благотворное влияние. При этом суггестивная терапия 2 больных, страдавших весьма тяжелой и упорной формой diabetes insipidus (несахарное мочеизнурение) психогенного происхождения, была проведена нашим сотрудником, студентом V курса В. М. Кисловым (1929).

1. Больной 29 лет, армянин, беженец из Константинополя, болен 12 лет diabetes insipidus. В течение нескольких месяцев находится в Харьковской госпитальной терапевтической клинике. В анамнезе многократные психические травмы: во время войны в 1914 г. на его глазах турками были зарублены отец, мать и два брата. Сам он бежал в Грецию, где долгое время скитался, перенося много лишений. С этого времени стал чувствовать большую потребность.в холодной воде, временами переходившую в болезненную жажду, причем выпивал в сутки, по ето словам, от 0,5 до 2 ведер воды. Голод переносил гораздо легче, чем жажду. Краткий статус: питание резко понижено, вес 32 кг 700 г при росте 156 см. Внутренние органы в норме, мочевой пузырь переполнен. Настроение подавленное, сон тревожный, сухожильные рефлексы ослаблены. Анализ мочи: удельный вес 1,000, в остальном отклонений от нормы нет. Данные микроскопического исследования: 1-3 лейкоцита в поле зрения, изредка эпителий мочевого пузыря и эритроциты. Анализ желудочного сока: понижение общей кислотности и следы свободной соляной кислоты. Рентгеноскопия гипофиза патологических изменений не обнаружила.

Острота зрения и состояние глазного дна в норме, реакция Вассермана (производилась несколько раз) отрицательная. В сутки выпивает 14,2-14,5 л воды, выделяет 15,2-16,4 л мочи. Медикаментозное лечение не давало никакого эффекта (гипофизин не применялся).

Так как в анамнезе имелась психическая травма, после которой и развился описанный симптомокомплекс, была применена психотерапия в бодрственном состоянии в форме косвенного внушения: больному была выписана индифферентная микстура (200 мл укропной воды по столовой ложке 3 раза в день) и сделано соответствующее словесное внушение о «чрезвычайной целебности этого средства». При этом говорилось, что «если он хочет выздороветь, то должен пить прописанное ему лекарство», которого ему раньше никогда не давали. Вместе с тем с первого же дня лечения ему ежедневно авторитетно заявлялось, что «с каждой выпитой ложкой лекарства жажда его будет уменьшаться и воды он будет выпивать столько, сколько ему будет указано».

Такое внушение подкреплялось ежедневно в течение 10 дней при каждом врачебном и профессорском обходе. Все внушения делались на армянском языке, через переводчика, так как русского языка больной не знал.

Из приводимой ниже записи видно, что это косвенное внушение оказало свое действие: если за сутки с 17/III по 18/111 больным было выпито (так и в предыдущие дни) 14,2 л воды и выделено 16,8 л мочи (удельный вес 1,000), то после указанных внушений, подкрепляемых приемами укропной воды, повторявшимися ежедневно в течение 10 дней, картина диуреза изменилась (табл. 2).

Таблица 2

За сутки	Выпито воды в л	Выделено мочи в л	Удельный вес мочи
18/III	9	10,8	1,000
19/III	5,7	10,8	1,000
20/III	6	10,8	1,000
21/III	4,8	6	1,001
22/III	4,8	7,2	1,002
23/III	3	3,6	__
24/III	**3**	3,6	__
25/III	3	4	__

Как мы видим, в данном случае наблюдалось превышение количества выде-

ленной мочи над количеством выпитой воды. Это явление отмечают и эндокринологи. Так, Цондек (Zondek, 1925) в главе о несахарном мочеизнурении писал: «Полиурия может доходить до таких размеров, что она превышает количество вводимой в организм воды».

Одновременно с резким падением жажды появилась бодрость и аппетит. Дальнейших попыток уменьшить количество выпиваемой жидкости (включая сюда молоко, обед, чай) не делалось.

Стрелки обозначают сеансы косвенного внушения в состоянии бодрствования.

С каждым днем самочувствие больного улучшалось, и через 3 недели после начала психотерапии он был выписан. За все это время количество выпиваемой им в сутки жидкости не превышало указанной ему нормы – 3,2 л. Пробудилось также libido, раньше совершенно ослабевшее. Стал понемногу втягиваться в работу. К декабрю прибавил в весе 9 кг, приступил к работе в сапожной мастерской, и если раньше с трудом выполнял грубую починку, то теперь стал изготовлять дамскую лаковую обувь. Был под наблюдением 8 месяцев, жажда не увеличивалась (рис. 62).

Таким образом, мы видим, что косвенное внушение (чреспредметное по Бехтереву) через посредство индифферентного раздражителя (укропная вода), примененное в сочетании с прямыми словесными внушениями, дало вполне стойкий положительный эффект.

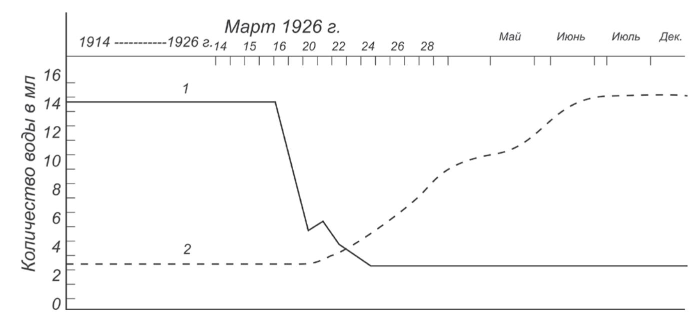


Рис. 62. Схема эффективности суггестивной терапии психогенного несахарного мочеизнурения. 1 – количество воды (в литрах), выпитой больным за сутки; *2* – самочувствие больного (подъем кривой обозначает улучшение).

Аналогичное этому второе наблюдение проведено уже в форме прямого внушения.

2. Больной П., 14,5 лет, находился на излечении в факультетской терапевтической клинике Харьковского медицинского института и демонстрировался В. М. Коганом-Ясным на одной из его лекций по эндокринологии. Диагноз: несахарное мочеизнурение (1927). Рентгенография гипофиза никаких отклонений от нормы не показывала. В течение месяца делали инъекции гипофизина, под влиянием

чего уменьшилось потребление воды и выделение мочи. Но стоило прекратить введение гипофизина, как тотчас же появлялась мучительная жажда и потребление воды возрастало до 14 л в сутки. Больной был выписан без улучшения.

В анамнезе психическая травма: 9 лет назад за мальчиком гнался извозчик, угрожая ему кнутом. Вбежав в дом, мальчик впал в обморочное состояние и долго не приходил в сознание. Очнувшись, попросил воды и выпил несколько кружек залпом. С этого момента стал выпивать огромное количество воды, особенно ночью. Вследствие этого в школе с трудом высиживал до конца урока, ожидая перемены. Во время школьных экскурсий и прогулок за город, если не было близко воды, убегал домой; иногда утолял жажду выделяемой им мочой. В школе отставал, плохо соображал, был вялым и слабым. Учеба давалась с трудом, так как «мысль о воде не оставляла ни на минуту». За ночь выпивал столько же воды, сколько и за день. Ночью до 10 раз вставал мочиться.

Больной, по-видимому, принадлежал к слабому общему типу нервной системы и отличался легкой внушаемостью. С 1-го же сеанса гипносуггестивной терапии у него развилось дремотное состояние, сопровождавшееся гипотонией мышц. В этом состоянии делалось соответствующее подбадривающее внушение: «Это заболевание после лечения пройдет, вы перестанете пить так много воды. Если будете ощущать жажду, достаточно будет только полоскать рот или сделать несколько глотков. Появится аппетит, бодрость, интерес к занятиям и вы догоните своих товарищей по школе!» В результате подобных ежедневных внушений мальчик стал употреблять значительно меньше жидкости. Наблюдение велось в семье больного, где количество выпитой и выделяемой жидкости тщательно записывалось. Обычно больной выделял до 12 л мочи в сутки. На следующие сутки после 1-го сеанса словесного внушения количество выпитой мальчиком воды уменьшалось до 8 л, ночью он встал 6 раз. В дальнейшем число ночных вставаний и потребление жидкости уменьшились (табл. 3).

Таблица 3

За сутки	Выпито воды в л	Число ночных вставаний
18– 19/V	5	4
19–20/V	3	3
20–21/V	3	2
21–22/V	3	2
22-23/V	2,6	2
23–24/V	2,4	2
24–25/V	2,6	2
25–30/V	2,6 за сутки	2–3

Сеансы словесных внушений во внушенном сне проводились ежедневно, но дальнейшего уменьшения потребления воды достигнуть не удалось. Тем не менее наблюдалось заметное улучшение состояния: стал повышаться аппетит, постепенно нарастала бодрость, у мальчика появился интерес к школьным занятиям, в школе спокойно высиживал урок до конца. Окреп, из апатичного превратился

в бодрого и подвижного, интересующегося занятиями, играми и физкультурой (рис. 63). Потребности в большем количестве жидкости не было. В июле уехал в деревню, где пробыл больше месяца. Несмотря на знойные дни и работу в поле, жажда его не беспокоила (наблюдение В. М. Кислова).

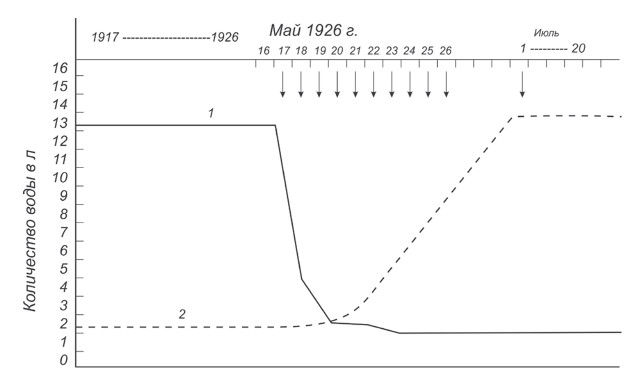


Рис. 63. Схема эффективности гипносуггестивной терапии эмоциогенного несахарного мочеизнурения 9-летней давности. 1 – количество воды (в литрах), выпитой больным за сутки; 2 – самочувствие больного (подъем кривой обозначает улучшение). Стрелки обозначают сеансы прямого внушения во внушенном сне.

3. Больная П., 28 лет, направлена из эндокринологической клиники с жалобой на мучительную жажду, которой страдает в течение 10 лет, выпивая 8-17 л воды в сутки. Соответственно повышен диурез, удельный вес мочи 1,001, резкое исхудание. Безрезультатно лечилась в Кисловодске в неврологической и эндокринологической клиниках, где ставился диагноз несахарного диабета.

Из анамнеза выяснено, что начало заболевания связано с тяжелыми переживаниями. Проведено 4 сеанса словесного внушения в дремотном состоянии, чем удалось полностью ликвидировать имевшую место психогенную полидипсию и полиурию, причем состояние начало улучшаться после 1-го же сеанса. После 3-го и 4-го сеансов потребность в воде не превышала 1,5 л. в сутки. Начала возвращаться работоспособность. После выздоровления демонстрировалась врачам и студентам на практических занятиях проф. Н. П. Татаренко. Положительный катамнез 2 года, рецидива не было (наблюдение нашей сотрудницы А. А. Соседкиной).

Отметим, что П. П. Подъяпольским (1909) также была описана картина несахарного мочеизнурения 4-летней длительности (до 3,5 ведер жидкости в сутки), возникшего после психической травмы и прекратившегося исключительно лишь под влиянием 2 сеансов гипносуггестивной терапии, причем больной выздоровел и у него в течение последующих 18 лет не отмечалось рецидива.

На функциональную полидипсию и полиурию психогенного происхождения указывает также Дежерин (Dejerine, 1912), приводя случай потребления жидкости до 7 л в сутки и выведения соответствующего количества мочи, что длилось

на протяжении 5 лет. То же отмечает и Цондек (1925), описывая ряд больных, у которых несахарное мочеизнурение приходилось рассматривать как «следствие психических процессов». У некоторых лиц причиной развития полидипсии, по его данным, может служить также подражание: ему пришлось наблюдать 13-летнего мальчика, страдавшего в течение одного года полидипсией и полиурией. Он потреблял до 8 л жидкости в сутки, причем «научился так много пить у своего школьного товарища». Под влиянием энергичной психотерапии эта дурная привычка исчезла совершенно.

Все изложенное указывает на необходимость иметь в виду психогенный «несахарный диабет», чем определяется как прогноз, так и метод терапии. Естественно, что в таких случаях психотерапия является единственным действенным методом. Наблюдения В. М. Кислова, П. П. Подъя-польского и А. А. Соседкиной указывают, что при этой форме заболевания наиболее эффективен метод прямого и косвенного внушения. Приходится удивляться тому, как быстро при этом может происходить нормализация вегетативных функций, которые долгое время были нарушены (например, у больного, наблюдавшегося П. П. Подъяпольским 4 года, А. А. Соседкиной – 10 лет, В. М. Кисловым – 12 лет).

Какой же физиологический механизм лежит в основе столь успешного устранения речевым внушением нарушения водного обмена, имевшегося в наблюдениях В. М. Кислова и А. А. Соседкиной?

Можно думать, что в этих случаях на кору мозга больного воздействовал сложный комплекс весьма мощных раздражителей в виде императивных слов внушения, категорически сделанного, методически повторявшегося в течение ряда дней и подкреплявшегося авторитетным участием не только самого врача, но и профессора, и всего медицинского персонала.

Таким путем был создан мощный очаг возбуждения, отрицательно индуцировавший именно те участки подкорковой деятельности, из которых поступали идущие в разрез со словами внушения, прямо противоположные им импульсы к повышению диуреза. Вместе с тем положительно индуцировались другие участки корковой и подкорковой динамик, с которыми было связано оживление следов имевшегося в прошлом нормального диуреза.

Далее, различными авторами уже давно отмечена возможность глюкозурии, проявляющейся в результате эмоционального потрясения. Известен так называемый «сахар биржевиков». Все это указывает на участие коры головного мозга в развитии нарушения углеводного баланса. Если это так, то путем словесного воздействия соответствующего содержания также могут быть достигнуты определенные изменения в состоянии углеводного обмена.

Действительно, В. Н. Финне (1928) впервые показал, что у хорошо гипнабильного субъекта путем соответствующего внушения словом может быть вызвана гипергликемия. В его исследованиях, произведенных в Ессентуках, содержание сахара определялось по Хагедорну и Иенсену, причем реальная сахарная нагрузка дала через час повышение количества сахара в крови с 0,100 до 0,140 мг%, а мнимая нагрузка, вызванная путем соответствующего внушения во внушенном сне, – с 0,104 до 0,109 мг%.

Нами был также проведен ряд аналогичных исследований (1929). Приводим данные одного из них.

В 11 часов утра 12/ХП 1928 г., через 3 часа после завтрака, состоявшего из куска телятины, двух стаканов кофе и четырех чайных ложек сахара, у исследуемого была взята кровь и определено содержание сахара (по методу Хагедорна и Иенсена). Количество сахара равнялось 0,097 мг%. После реального кормления (150 г меда и 50 г сахарного песку) количество сахара в крови повысилось через 50 минут на 33%.

В 8 часов утра 19/ХП был дан тот же завтрак. В 11 часов количество сахара в крови составило 0,094 мг%. После взятия крови исследуемый был приведен в состояние внушенного сна, в котором ему было сделано внушение следующего содержания: «Вы едите ту же порцию меда и сахара, которую съели 12 декабря. Вы ее уже съели!» Через 50 минут после пробуждения количество сахара в крови оказалось увеличенным на 0,025 мг%.

В 12 часов дня 7/П 1929 г., через 4 часа после обычного утреннего завтрака, у того же лица была исследована тем же методом кровь на содержание сахара: количество сахара равнялось 0,075 мг%. После этого, не производя реальной сахарной нагрузки, исследуемого привели в состояние внушенного сна, в котором ему было внушено, что он съел то же количество меда и сахара, что и 12 декабря. Через 40 минут после этого содержание сахара в крови уже оказалось равным 0,087 мг%. Следовательно, и в данном случае внушенная «нагрузка» дала увеличение содержания сахара в крови.

Дальнейшие исследования А. О. Долина, Е. Т. Минкер-Богдановой и Ю. А. Поворинского (1934), Н. Д. Ершова и М. Н. Ксенократова (1953), М. Л. Липецкого (1951) подтвердили факт действительной возможности получения гипергликемии путем соответствующего внушения словом. Что касается исследований Н. Д. Ершова и М. Н. Ксенократова, то они обнаружили (у 17 исследуемых), что уже одно словесное внушение «чувства сладости во рту», сделанное во внушенном сне, влечет за собой появление сахара в моче. Следует отметить, что у 2 из 4 исследуемых М. Л. Линецкого при внушенной еде сахара возникла гипергликемия, в то время как у остальных двоих – гипогликемия. Полагаем, что сам факт гипогликемии при внушенной еде сахара чрезвычайно интересен и требует дальнейшего изучения.

Исследования К. С. Косякова (1952), проведенные по методу косвенного внушения, также подтвердили возможность получения условнорефлекторной гипергликемии при безусловном раздражителе в виде глюкозы и условных раздражителях – сахарине и внушении: «Даю сахар!» Им же была вызвана условнорефлекторная гипогликемия у 5 из 7 больных сахарным диабетом, лечившихся инсулином, причем под видом инсулина им вводили физиологический раствор.

Попытка путем внушения вызвать гипергликемию была сделана Маркусом и Сальгреном (1925) в Стокгольмской нервной клинике: внушая исследуемому во внушенном сне, что он съел сахар, они изучали содержание сахара в крови. В данном случае результат был отрицательный: предполагаемой гипергликемии от мнимого кормления сахаром не получилось (исследования количества сахара в

крови проводились по тому же методу). Однако ван дер Вельден (1926) при внушении о кормлении сахаром, произведенном также во внушенном сне, наблюдал положительный результат.

Интересны исследования Жигона Эньера и Брауха (Gigon Aigner a. Brauch, 1929), сделанные в противоположном направлении. Четверым больным диабетом они внушали представление о том, что состояние их здоровья улучшается, что количество сахара в моче и крови падает.

При этом авторам удавалось понизить количество сахара как в крови, так и в моче.

Отметим, что условнорефлекторную инсулиновую гипогликемию получал Ю. А. Поворинский (1939) после многократных инъекций инсулина, производимых с терапевтической целью больным шизофренией. Уже одно введение физиологического раствора вызывало у них гипогликеми-ческое состояние. Отметим, что такие же результаты были получены Н. С. Савченко (1939) в опытах на собаках. Ему удавалось вызывать условнорефлекторную глюкозурию, причем безусловным раздражителем служил адреналин, а условным – свисток и одновременный укол иглой.

Учитывая все это, а также данные школы И. П. Павлова, следует признать, что процессы, возникающие в коре мозга под воздействием факторов внешней и внутренней среды, могут оказывать через подкорковые центры влияние на характер метаболизма. Как отмечает К. М. Быков (1947а), при этом корковое влияние «ограничивается приведением в действие рабочих механизмов, расположенных, вероятно, в большинстве случаев в ближайших подкорковых образованиях».

Из всего изложенного следует, что вопрос о внушенной, т. е. условнорефлекторной, гипергликемии может иметь значение также в отношении сахарного мочеизнурения, ибо психогения иногда является источником сахарного диабета, для лечения которого в таких случаях может быть показана психотерапия. Это заставляет задуматься над вопросом о роли психогенного фактора в развитии сахарного диабета. Клиника должна учитывать возможность такого генеза, связывая с ним и соответствующий лечебный подход.

Быть может, число случаев условнорефлекторных (т. е. психогенных, а не органических) диабетов окажется больше, чем можно думать. Приводим следующие примеры.

Наш сотрудник М. И. Кашпур наблюдала 2 больных сахарным диабетом, возникшим и обусловленным психической травматизацией. Лечение этих больных в эндокринологической клинике при строгой диете не давало значительного и стойкого эффекта. Гипергликемия (283-170 мг% у больной О., 197-150 мг% у больного Г.) и гликозурия (6-3% У больной О. и 0,75-0,5% у больного Р.), не доходя до нормы, по возвращении больных в домашнюю обстановку, травмирующую их психику, тотчас же снова повышалась. В этих условиях строгая диета не могла быть соблюдена из-за субъективных ощущений сухости во рту и сосания под ложечкой наряду со страхом исхудания, возникавшим всегда при волнениях.

Это вынуждало больных, пренебрегая диетой, много пить и есть, что в свою очередь вызывало ухудшение течения заболевания и страх этого ухудшения.

Больная О. замечала, что такие диабетические симптомы, как повышенная жажда и голод, всегда исчезали у нее в театре, в гостях и т. п. Стоило же ей вернуться домой, где она встречалась с ненавистной невесткой, или даже подумать о ней и тотчас же эти ощущения овладевали ею с большой силой.

Обоим этим больным, поступившим в клинику неврозов в разное время по поводу резко выраженного невротического состояния после почти безуспешного лечения в эндокринологической клинике, была проведена психотерапия в бодрственном состоянии и во внушенном сне, с последующим гипнозом-отдыхом. В результате этого лечения невротические проявления были устранены. Гипергликемия и глюкозурия исчезли. Больные успокоились, наступило душевное равновесие, им удалось полностью приспособиться к травмировавшей их прежде домашней обстановке. Они избавились от повышенной жажды и голода. После выписки из клиники иногда на короткое время при волнении появлялись ощущения сухости во рту и сосания под ложечкой, но теперь больные уже умели избавляться от них собственными волевыми усилиями. Диета была значительно расширена. Положительный катамнез в обоих случаях был прослежен на протяжении 2-3 лет.

Только положительное отношение этих больных к психотерапии и активное стремление их избавиться от невротического состояния обусловили благоприятное лечение сахарного диабета.

Исследования влияния внушения словом на терморегуляцию до настоящего времени производились редко. В прошлом они носили случайный характер, не привлекая особого внимания, по-видимому, вследствие трудности их надлежащего научного обоснования. Однако такого рода исследования должны иметь не только теоретический интерес, но и практическое значение, ибо вопрос о «психогенных лихорадках», об «истерических» повышениях температуры тела человека всегда оставался спорным, несмотря на опубликование отдельных наблюдений как отечественных, так и зарубежных авторов.

Напомним, что Б. Н. Бирман в 1933 г. на одной из Павловских клинических сред (30/1 1933 г.) демонстрировал больную Г. (истерия), у которой путем сделанного в гипнозе внушения, что она лихорадит, ему удавалось получать повышение температуры на 1,1°, причем учащались пульс и дыхание. Когда после этого делалось внушение о падении температуры, пульс и дыхание тотчас же приходили к норме, но температура тела продолжала держаться и только через 1-1½ часа после пробуждения больной также нормализовалась. Такое исследование у этой больной им было повторено 3 раза.

О том, что повышение температуры тела животного (собака) может быть вызвано условнорефлекторным путем, свидетельствуют опыты И. С. Александрова (1937).

Первая обстоятельная клинико-экспериментальная работа в этом направлении в Советском Союзе была произведена В. Ф. Зелениным, Ю. В. Каннабихом и П. Н. Степановым (госпитальная терапевтическая клиника II Московского медицинского института, 1936), исследовавшими больных туберкулезом, причем был применен метод косвенного внушения в бодрственном состоянии. Под видом «терморегулина» больным впрыскивали 0,1 мл стерильной воды. Процедура сопровождалась утверждением: «После этого у вас наступит ощущение тепла во всем теле и поднимется температура». У большинства больных, как установлено тщательным клиническим наблюдением, температура действительно повышалась на 0,2-0,5°.

В отношении больных туберкулезом Келером и Бэром (Kohler u. Behr, 1905) были сделаны наблюдения, основанные на том, что подкожные инъекции туберкулина обычно сопровождаются лихорадочной реакцией. Как оказалось, у многих больных туберкулезом, у которых вообще не было высокой температуры, в тех случаях, когда они заранее предупреждались о могущем быть после инъекции повышении температуры и когда они с волнением ожидали инъекции, температура резко повышалась, иногда до 38°.

Однако повышение температуры (до той же цифры) наблюдалось у них и при инъекции стерильной воды или даже в том случае, когда делали лишь укол иглой шприца. При этом под влиянием внушения словом температура у этих больных повышалась именно в назначенные часы. Авторы правильно усматривают нервный механизм этого явления, не считая его симптомом истерии, никаких признаков которой у больных, по их данным, не имелось. Авторы приходят к выводу, что среди больных туберкулезом оказывается больше лиц с повышенной психогенной лабильностью терморегуляторного аппарата, чем можно было предполагать.

Н. Г. Безюк (1938) путем словесного внушения вызывал повышение температуры у эмоционально лабильной исследуемой в бодрственном состоянии и во внушенном сне. Во внушенном сне в течение одного и того же дня удавалось вызывать изменение температуры как в сторону ее повышения, так и в сторону понижения. Следует отметить, что у данной исследуемой наблюдалась крайне лабильная терморегуляция (в тот период, когда она находилась в дерматологической клинике по поводу кожного заболевания). Во время менструаций температура у нее поднималась до 37,8°, а при волнениях, связанных с посещением ее родственниками, – до 39,2°. Температура повышалась также после получения ею писем или новостей (чаще всего неприятного, волнующего содержания). Повышенную лабильность терморегуляции необходимо иметь в виду в случае изменения температуры тела под влиянием соответствующих словесных внушений.

Из иностранных авторов Крафт-Эбингу (Kraft-Ebing, 1888) впервые удалось путем словесного внушения во внушенном сне вызывать у исследуемых в различные, заранее установленные сроки определенную температуру, как пониженную, так и повышенную.

Геллих и Марес (Hellig u. Mares) путем внушения «потери чувства холода и тепла» вызывали стойкую субнормальную температуру, державшуюся в течение нескольких суток на одном и том же уровне (34,5°).

Мор, Констамм и Эйхельберг (Mohr, Kohnstamm u. Eichelberg, 1921) путем внушения в гипнозе приступа лихорадки и прекращения ее вызывали значительное повышение и понижение температуры тела.

Физиологическое обоснование приводимых нами данных, свидетельствующих о возможности воздействия на теплорегуляторную функцию путем сло-

весного внушения, т. е. через кору мозга, дают исследования Р. П. Ольнянской и А. Д. Слонима (лаборатория, руководимая К.М. Быковым, 1938), доказавшие эту возможность. Влияние коры головного мозга на процессы терморегуляции ими было установлено в ряде случаев, причем условными раздражителями была не только та обстановка, в которой проводились исследования, но и фактор времени.

Случаи «истерических лихорадок», сопровождавшихся повышением температуры до парадоксальной величины (46°), описаны в отечественной литературе А. М. Новицким (1897), Фосом (1904), Яковенко (1905), В. К. Хорошко (1908), Л. О. Вальковским (1910), И. Л. Стычинским (1923), Л. В. Блуменау (1926) и др., а из иностранных авторов Сарбо (Sarbo, 1891), Штрюмпелем (Strumpel, 1906), Дюбуа (1912), Дежерином (1912), наблюдавшим у девушки в течение 11 дней температуру 43-44,8°.

Игнорирование соматологами возможности такого рода эмоциогенной лихорадки ведет к диагностическим ошибкам.

Со своей стороны мы также могли бы привести примеры эмоциогенной гипертермии. Нам пришлось наблюдать в клинике студента 24 лет, страдавшего неврозом истерического типа, с тяжелыми судорожными припадками, сопровождавшимися потерей сознания. Во время припадков температура повышалась до 42–43° шкалы обычного медицинского термометра. Причина истерического невроза заключалась в весьма тяжелых переживаниях семейного характера. После курса разъяснительной и гипносуггестивной терапии весь синдром вместе с явлениями гипертермии был устранен.

У одного из наших больных каждый раз в день посещения им его больного сына, находившегося в психиатрической клинике, болезнь которого он тяжело переживал, температура всегда повышалась, доходя до 38,7°. На следующий день она спадала до нормы. По этому поводу больной был направлен в военный госпиталь, однако проведенное здесь стационарное исследование никаких отклонений от нормы в его организме не обнаружило. Так было дважды.

Приведенные выше данные лабораторных исследований и клинических наблюдений должны остановить на себе внимание клиницистов, так как они свидетельствуют о действительной возможности появления резко выраженных температурных колебаний, так же как и стойкого субфебрилитета чисто функционального характера, нередко вводящего в заблуждение как интернистов, так и невропатологов. Колебания температуры под влиянием эмоций подчас приходится наблюдать у больных легочным туберкулезом с их лабильной под влиянием туберкулезного токсина вегетативной нервной системой, что необходимо учитывать фтизиатрам.

В заключение следует отметить, что в последние годы рядом авторов установлена возможность влияния словесного внушения и на газообмен. Прежде всего Р. П. Ольнянской (1950) и Н. С. Савченко (последний экспериментировал на собаках) было показано, что пребывание исследуемых в обстановке, связанной с совершавшейся ими в прошлом трудной мышечной работой, уже влекло повышение газообмена. То же наблюдалось и в «предрабочем» периоде, за которым систематически следовал период интенсивной мышечной работы. Анализ показал условнорефлекторную природу этих явлений.

В. М. Василевским и Э. М. Каганом (1935), а также Д. И. Шатенштейном (1935) было установлено, что под влиянием внушения в гипнотическом сне об утяжелении (или, наоборот, облегчении) выполняемой мышечной работы происходит резкое изменение газообмена.

К. М. Быков писал (1947а): «Механизм влияний коры мозга на обмен, пути этих влияний, их значение (нормальное и патологическое) – вот вопросы, разработка которых едва начата и ответ на которые может дать много неожиданного».

Реакции, связанные с пищеварением.

Существование условнорефлекторного алиментарного лейкоцитоз с сопутствующим ему повышением кислотности желудочного сока впервые было установлено Н. В. Завадским (1925). Повышение кривой лейкоцитоза наступало, по его данным, ко времени или обычного приема пищи, или наибольшей высоты пищеварения (на 1-3 часа позже). При изменении пищевого режима у исследуемых изменялось и время появления лейкоцитоза.

Правильность выводов Н. В. Завадского была подтверждена в нашей клинике П. П. Истоминым и П. Я. Гальпериным (1925), применявшими метод словесного внушения во внушенном сне.

У 2 исследуемых в условиях голодания было получено увеличение количества лейкоцитов: у первого – на 1100 (с 5000 до 6100), у второго – на 1575 (с 4700 до 6275). В дальнейшем, при подавлении чувства естественного голода внушением, авторам удалось предупредить обычное повышение числа лейкоцитов, причем в привычный час еды количество таком же исследовании было получено уменьшение лейкоцитов (с 6300 до 5575). В третьем, когда авторами был внушен повышенный аппетит («Вам очень хочется есть!»), наряду с появившимся чувством голода число лейкоцитов возросло на 1550 (с 5100 до 6650). Это повышение количества лейкоцитов оказалось большим, чем при действительном голодании. Такие же данные были получены и при повторном исследовании, проведенном через 4 дня. На этот раз количество лейкоцитов увеличилось на 2025 (с 4275 до 6300). На следующий день после этого путем соответствующего внушения аппетит был подавлен, что вызвало уменьшение числа лейкоцитов на 1425 (с 4975 до 3550). При повторном таком же исследовании (после суточного нормального пищевого режима) количество лейкоцитов снизилось на 1300.

П. О. Щеглову (1930), словесным внушением во внушенном сне также удавалось подавлять чувство голода и вызывать ощущение сытости или же, наоборот, после действительного обеда вызывать ощущение голода, что также учитывалось по содержанию лейкоцитов в крови, как это показано в табл. 4.

Аналогичные исследования по тому же гипносуггестивному методу проведены А. А. Топильским (1928–1929) в Ташкенте. Результаты идентичные.

Несколько иными по методике были исследования Глазера (1924), касающиеся влияния на лейкоцитоз как мысленно переживаемого исследуемым приема того или иного рода пищи, так и действительного приема ее. Глазер установил тождество колебания количества лейкоцитов в обоих случаях.

Таблица 4

	Количество лейкоцитов в крови			
	натощак	через час после внушенного обеда	через 1 час 20 минут после действиельного обеда	после внушенного чувства голода
Исследуемый Ш.	4 600	13 800	11200	8 600
Исследуемый А.	10 100	18 300	14 000	10 600

Вне сомнения, данные этих исследований могут служить доказательством возможности влияния с помощью слова на состояние голода и сытости, как и доказательством условнорефлекторного характера алиментарного лейкоцитоза в этих случаях. Следует принять во внимание приведенные выше данные Н. В. Завадского и Я. М. Лобача (1928), а в последнее время С. К. Киселевой (1951), устанавливающие наличие условнорефлекторного алиментарного лейкоцитоза у здоровых людей и у психически больных. Отметим, что А. Г. Урин и Е. С. Зенкевич (1952), которые провели 59 исследований у 25 больных, также выявили наличие условного лейкоцитарного рефлекса на время еды. В лаборатории К. М. Быкова (1949) получены условные лейкоцитарные реакции на фактор времени и у собак.

Все это говорит о том, что рефлекторный алиментарный лейкоцитоз представляет реакцию не только на принятие пищи, но и на соответствующее внушение словом, на мысленное представление о еде, а также на привычное время приема пищи, являясь, таким образом, условнорефлекторной реакцией на определенные условные раздражители, в том числе и на фактор времени.

Отметим, что интересуясь вопросом о состоянии мышечного тонуса желудка при ощущениях голода и сытости, мы провели в 1933 г. рентгеноскопические исследования у нескольких лиц. Полученные нами данные показали, что во время переживания чувства голода исследуемым, находящимся в состоянии внушенного сна, желудок имеет резко выраженную перистальтику, причем мышечный тонус желудка повышается, а его нижний полюс поднимается значительно кверху. При внушении же состояния сытости желудок опускается, переходит в состояние гипотонии, дает картину некоторого расширения, перистальтика его обычная (или даже несколько понижена), эвакуация замедлена.

Следует подчеркнуть, что воздействия, оказываемые путем словесного внушения на чувство голода и сытости, могут быть направлены в сторону или подавления усиленного аппетита, или же повышения его при отсутствии влечения к еде, или, наконец, в сторону устранения извращенного влечения к определенного рода пищевым продуктам, противопоказанным больному. Эти возможности клиницистам следует иметь в виду в тех случаях, когда необходимо быстро поднять питание больного или же, следуя медицинским показаниям, временно совсем подавить влечение больного к еде или ограничить это влечение.

Для иллюстрации приведем наблюдения пропедевтической терапевтической

клиники Харьковского медицинского института, где этот метод в 1924 г. применялся В. М. Коганом-Ясным.

1. Больная Н., 10 лет. Диагноз: сахарное мочеизнурение. Жалобы на неудержимый голод. Последнее обстоятельство вынуждало ее нарушать диету, беря тайком по ночам у больных запрещенные ей пищевые продукты, поедая даже отбросы пищи и т. п. В условиях инсулиновой терапии это прямым образом мешало выравниванию у нее углеводного обмена. Было использовано соответствующее внушение, проведенное в дремотном состоянии, после которого, как пишет автор, у девочки «несомненно, понизилось чувство голода, а также жажды», вследствие чего она смогла быть дисциплинированной в отношении принятия пищи, строго подчиняясь в этом указаниям лечащего врача. Все это способствовало тому, что количество сахара было доведено до нуля и ацетон был устранен (наблюдение В. М. Когана-Ясного).

2. Больная К., 52 лет. Диагноз: сахарное мочеизнурение. С большим трудом переносила назначенную ограничительную диету. После нескольких сеансов соответствующих внушений стала строго соблюдать диету, в результате чего через 2 недели была выписана из клиники без лечения инсулином, причем сахар и ацетон в моче не содержались (наблюдение В. М. Когана-Ясного).

3. Больная Л., 36 лет. По совету лечившего ее врача обратилась к нам с жалобой на постоянное мучительное чувство голода и жажды. Ежедневно съедает по 2-2,5 кг хлеба и 800 г мяса. Кроме того, берет хлеб на ночь под подушку. Количество выпиваемой ею воды не меньше 25-30 стаканов в день, «пью воду, как утка»,- говорит больная. При этом у неё тотчас же после каждого приема пищи вновь появляется: мучительное чувство голода, причем всякая попытка воздержаться от дальнейшего приема пищи неизменно ведет к возникновению чрезвычайной общей слабости. Больна в течение 10 лет. Мучительный голод впервые появился внезапно, когда больная делала покупки в продуктовом магазине: у нее закружилась голова и тотчас же появилось чувство голода, не покидавшее ее с этого момента ни на один час. Со времени заболевания больная стала быстро полнеть; в последнее время из-за тучности передвигается с трудом. Несколько лет назад лечилась тиреоидином, но безрезультатно. За год до обращения в диспансер лечилась у невропатолотов, один из которых назначил ей индифферентную микстуру, а другой – тиреоидин и режим ограничения еды. В течение 2-месячного лечения потеряла в весе 8 кг, но чувство голода ее не покидало, так же как и нарастающая слабость, особенно в руках и ногах. Рентгенологическое исследование, а также анализ крови и другие исследования не показали ничего патологического.

Принимая во внимание безрезультатность лечения в прошлом, была проведена психотерапия, сначала в покое при закрытых глазах (по В. М. Бехтереву), а затем в дремотном состоянии, причем больной разъяснялось, что «ощущение голода ни в коей мере не связано с потребностью организма в таком количестве пищи, а вызывается раздражением участков головного мозга, ведающих подобного рода

ощущениями». Затем ей императивно внушалось: «Приемы пищи вы легко можете ограничить, и это никакой слабости за собой не повлечет. Ощущение голода вы в состоянии подавить, повышенная потребность в еде у вас постепенно стихает и исчезает!» Кроме того, были установлены последовательные суточные лимиты количества принимаемой пищи: сначала ей была внушена потребность съедать не более 800 г хлеба в день, затем в течение последующих дней – не более 400 г в день и, наконец, – не более 300 г. Однако на последней порции больная смогла оставаться только несколько дней, так как, по ее словам, при этой суточной норме чувствовала себя слабой и просила увеличить порцию хлеба. Было «прибавлено» еще 200 г хлеба в день, что ее вполне удовлетворяло. Одновременно внушалось ограничение потребления жидкости (не более 2 стаканов в день плюс обед), причем было внушено, что у нее «отсутствует всякое влечение к сладостям и мучному!»

Как показали еженедельные взвешивания, больная постепенно стала терять в весе. За 2 месяца она похудела на 10 кг, причем отмечалось нарастающее хорошее самочувствие и наряду с похуданием полное отсутствие слабости (чего не наблюдалось, как указано было выше, при лечении тиреоидином). В течение последующего нашего 15-летнего наблюдения чувствовала себя хорошо (рис. 64). После выздоровления больная демонстрировалась в психоневрологической секции Харьковского медицинского общества и на заседании Харьковского общества эндокринологов. Следует подчеркнуть, что в данном случае, как и в предыдущих, имелось функциональное нарушение, ошибочно принимавшееся за органическое (наблюдение И. В. Халфона).

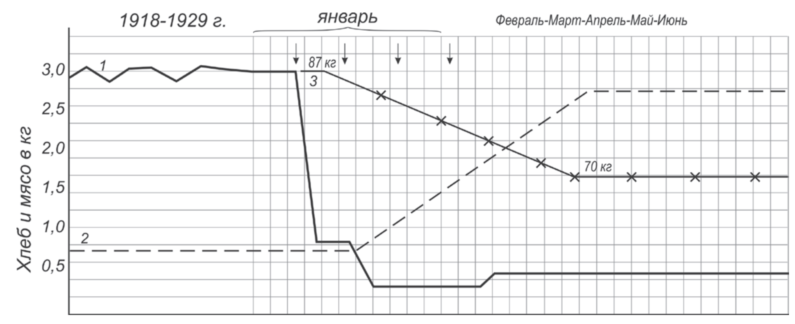


Рис. 64. Схема эффективности суггестивной терапии больной булимией, полидипсией и ожирением. *1* – количество килограммов хлеба и мяса, съеденного больной за сутки; *2* – самочувствие больной (подъем кривой обозначает улучшение); *3* – вес тела. Стрелки обозначают сеансы суггестивной терапии.

Влияние словесного внушения на функцию пищеварительных желез также явилось предметом специальных исследований ряда авторов.

Так, Гейер (Heyer, 1923) показал, что в случае внушения о «приеме пищи», производимого во внушенном сне, состав жулудочного сока претерпевает изменение, стоящее в зависимости от характера и состава этой мнимо принятой пищи. Дельгун (Delhougne) и Гансен (1927) получили те же результаты и в отношении

поджелудочной железы: в зависимости от характера той «пищи», «принятие» которой внушалось путем соответствующего словесного воздействия во внушенном сне, соответствующие изменения возникали и в составе сока поджелудочной железы. Так, в случае внушения «мясной пищи» в соке обнаруживали трипсин, при «углеводной» – диастазу, при «жировой» – липазу. Исследования Ландгейнриха (Landheinrich, 1922) показали, что характер желчи также может быть изменен в зависимости от внушаемого приема той или иной пищи: при внушении приема сухой пищи, лишенной жиров, желчь выделяется светлая и жидкая, в то время как при внушенном приеме «жирной пищи» – густая и темная.

В последнее время П. И. Булем с И. Н. Преображенской (1959) были проведены рентгенологические исследования влияния внушения в гипнозе иа деятельность желчного пузыря. Исследуемым, находящимся во внушенном сне, внушалось чувство сытости от насыщения вкусной жирной пищей. С этой целью применялась следующая сложная формула внушения: «Вы видите перед собой на столе много вкусных питательных жирных блюд – яичницу с салом, колбасу, масло, ветчину с горчицей, свинину и др. Вы начинаете есть, выбирая то, что вы любите... Вы насыщаетесь, вы чувствуете, как пища наполняет ваш желудок... Вы наелись досыта» и т. д. Одновременно делались рентгеновские снимки желудка.

На снимках до внушения желчный пузырь имел овальную форму и большая часть контрастной массы билитраста располагалась в области его дна. Через 20 минут после словесного внушения, сделанного по указанной выше формуле, на рентгенограмме сделалось заметным уменьшение размеров пузыря, особенно же сокращение его поперечника, вследствие чего он стал вытянутым по форме и несколько приподнятым кверху. Контрастная масса заполнила его шейку.

Все это указывало на эвакуацию желчи и контрастной массы, происшедшую после указанного речевого внушения. Контрольная рентгенограмма, сделанная после реального насыщения жирной пищей, оказалась сходной с картиной внушенного насыщения. Автор подчеркивает, что все это удавалось получить лишь после применения приведенной выше сложной формулы внушения. Обычное же краткое внушение: «Вы съели жирную пищу», лишенное ярких зрительных и эмоциональных представлений, такого эффекта не давало.

В полном соответствии с этими данными амбулаторные и клинические наблюдения также показывают, что внушение словом является вполне эффективным методом лечения психогенных дисфункций желудочно-кишечного тракта. Для иллюстрации приводим ряд типичных примеров.

1. Больная Н., 30 лет, балерина, обратилась к нам с жалобами на исхудание, общую слабость, ежедневные мучительные тенезмы со слизистым жидким стулом (2-3 раза в день и 2 раза ночью). Болеет в течение 5 месяцев, переведена на инвалидность. В начале заболевания стул был днем и ночью до 10 раз в сутки, затем до 5 раз в сутки, но всегда с большим количеством слизи. По назначению врачей, поставивших диагноз энтероколита, больная была вынуждена соблюдать крайне изнурявшую ее строгую диету. Сульфидин, как и дисульфан, помогали лишь в период их приема, другие мероприятия (клизмы, компрессы, фармаколо-

гические средства) нисколько не облегчали ее состояние. Не дало результата и пребывание на курорте.

Нами была вскрыта острая психическая травма: дисфункция кишечника началась на следующий день после того, как Н. внезапно провалилась по колени в яму с холодной водой и как балерина была этим чрезвычайно напугана. Вечер был холодный, и она пережила острую тревогу за состояние своих ног. На следующий день после этого случая началась описанная дисфункция кишечника, стойко зафиксировавшаяся на длительное время (5 месяцев). Все это свидетельствовало о возникновении в коре мозга патологически инертного очага концентрированного раздражения («больной пункт» по И. П. Павлову).

Учитывая это обстоятельство, мы с разрешения лечившего ее курортного врача и консультанта применили психотерапию в форме успокаивающего словесного внушения в легкой дремоте о забвении пережитого ею случая с последующим одночасовым сеансом внушенного отдыха во внушенном сне.

После этого сеанса, по словам ее мужа и дежурной медсестры, «впервые за все время ночь прошла спокойно», без обычных двукратных позывов. Днем же стул был с небольшим количеством слизи, причем только 2 раза. После второго сеанса внушения, также с последующим одночасовым сном-отдыхом, стул стал однократным и совершенно нормальным, вследствие чего больная сразу была переведена на общий курортный стол.

В дальнейшем работоспособность ее быстро восстановилась. Находилась под нашим наблюдением в течение 5 лет и была совершенно здорова (наблюдение автора).

Таким образом, двумя сеансами мотивированного словесного внушения, сделанного во внушенном дремотном состоянии, с одночасовыми сеансами внушенного отдыха во внушенном сне дисфункция кишечника, длившаяся несколько месяцев, была радикально устранена.

2. Больной С, 35 лет, поступил с жалобами на ощущение давления и боли в груди при прохождении пищи после ее проглатывания, отдающие в правую половину груди и к позвоночнику, и на рвоту, возникающую после каждого принятия пищи. Как было выяснено, он был направлен в хирургическую клинику (зав. проф. В. Н. Шамов) Харьковского медицинского института на операцию по поводу «опухоли пищевода», но так как рентгенологическое исследование никаких отклонений от нормы не обнаружило, клиникой был направлен в психотерапевтическое отделение диспансера.

Путем углубленной анамнестической беседы были выявлены крайне тяжелые для него семейные переживания, длившиеся непрерывно в течение 2,5 лет, что и привело к психогенно развившемуся висцеральному синдрому в форме спазма пищевода, вызванному возникновением коркового «больного пункта». После 5 сеансов психотерапии, проведенных во внушенном сне, наступило полное выздоровление. Оставался под наблюдением 3 года, рецидивов не было (наблюдение нашей сотрудницы И. Н. Мураховской).

3. Больная Н., 46 лет, поступила с жалобами на длящиеся в течение 1,5 лет

боли в области желудка, периодически возникающие поносы и запоры (вследствие этого наступила боязнь принимать пищу), прогрессирующее исхудание, раздражительность, бессонницу. Так как был диагностирован «рак желудка» и назначена операция, это еще более ухудшило общее состояние больной. В анамнестической беседе установлено наличие тяжелой психической травмы, перенесенной 1,5 года назад (нападение на ее квартиру бендеровской банды). Проведено 8 сеансов словесного внушения во внушенном сне (через день). Внушалось общее успокоение, спокойное отношение к пережитому. Прекращение болей, нормальное функционирование кишечника, возвращение прежнего хорошего самочувствия, восстановление аппетита и хорошего ночного сна и т. д. Это дало положительный эффект. Боли в области желудка прекратились после первого же сеанса. С каждым сеансом, после которого давался продолжительный внушенный отдых во внушенном сне, состояние улучшалось (наблюдение Е. А. Ворониной).

4. Больной С, 21 года, направлен к нам терапевтами для консультации. В течение 4 месяцев страдает неустранимыми поносами (5-6 раз днем и 2-3 раза ночью). В течение всего этого времени находится на строгой диете. Съеденный им кусок хлеба или мяса вызывает боли в подложечной области. Сначала имелось подозрение на язву желудка, что не оправдалось. Последующие диагнозы терапевтов: катар желудка, колит. Все виды лечения оказались безрезультатными.

Путем анамнестической беседы удалось установить, что не так давно пережил острую психическую травму: вечером во время ужина, сидя у открытого окна своей комнаты, был испуган неожиданным выстрелом на улице под самым окном. С этого момента и возникла стойкая, непрекращающаяся дисфункция желудочно-кишечного тракта.

Применена психотерапия. В состоянии глубокой дремоты сделаны внушения: «Пережитый вами случай испуга забыт, кишечник в полном порядке, деятельность его уже восстановилась, вы вполне здоровы!» На следующий день больной заявил, что ночь прошла хорошо: кишечник не беспокоил, а утром действовал один раз. После 2-го сеанса днем стул нормальный, после 3-го сеанса больному разрешена разнообразная пища, так как жалоб на какие-либо явления со стороны желудочно-кишечного тракта он не предъявлял. Выписан здоровым. Положительный катамнез 5 лет (наблюдение автора).

У данного больного произошел срыв высшей нервной деятельности, возникший в условиях острой ошибки двух создавшихся в коре мозга мощных очагов концентрированного возбуждения. Один из этих очагов был связан с приемом пищи, а следовательно, с работой вкусового и двигательного анализаторов (жевательная мускулатура) и деятельностью пищеварительных желез и имел в данных условиях характер очага доминантного возбуждения. Другой же очаг внезапно возник в сфере деятельности слухового анализатора вследствие сверхсильного в этих условиях звукового раздражения (внезапно происшедший выстрел). Создавшаяся при этом сильная астеническая эмоция (испуг) привела к нарушению динамической структуры, лежавшей в основе пищевой доминанты. Это имело своим следствием возникновение в соответствующем участке коры мозга «боль-

ного пункта», что и привело к глубокому и стойкому нарушению всей системы корковой регуляции деятельности пищеварительного аппарата.

Таким образом, по отношению ко всем описанным больным терапевты совершенно не учли возможность психической травмы и развития на этой основе функционального кортико-висцерального невротического синдрома.

В заключение напомним давно известное гипнологам положительное влияние внушения словом при запорах, подчас весьма упорных.

Для иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

Больная У., 28 лет, после перенесенной ею полостной операции в течение длительного времени страдала отсутствием самостоятельной деятельности кишечника, вследствие чего была вынуждена прибегать к клизме. Больная была приведена нами в дремотное состояние, в котором ей было утвердительно внушено: «С завтрашнего дня, т. е. с 29 января, ваш кишечник будет действовать регулярно между 10 и 11 часами утра!» Как больная впоследствии сообщила, с 29 января не было случая, когда бы кишечник не работал самостоятельно и именно утром, в указанное время.

Ограничимся этими примерами, которые легко можно было бы приумножить, так как кортикогенные расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта встречаются нередко. Отметим, что на пищеварительной системе ярче всего проявляется установленная в лабораториях, руководимых К. М. Быковым, пусковая и регулирующая функция коры мозга. Мы полагаем, что это может способствовать научному обоснованию лечебного воздействия, оказываемого путем словесного внушения на кортикогенные расстройства функций пищеварительной системы.

Как известно из повседневной жизни, тошнота и рвота нередко могут вызываться «психическим путем». Достаточно, например, некоторым лицам, обладающим повышенной реактивностью рвотного центра, услышать разговор о тошнотворных запахах или вспомнить о касторовом масле и т. п., как у них тотчас же появляется тошнота, а в иных случаях и рвота. Это говорит о том, что такая реакция возникает через кору мозга, т. е. условнорефлекторным путем.

Нередко приходится наблюдать патологически упорную рвоту психогенного характера. Такая рвота обычно диагностируется терапевтами как симптом заболевания желудка, чем и обусловливается безрезультатность применяемого ими в таких случаях лечения. Приведем пример.

Больная К., 19 лет, обратилась к нам с жалобами на приступы мучительной тошноты и частую рвоту, нерегулярные и не связанные с приемом пищи, отсутствие аппетита и угнетенное состояние. Болеет 1,5 года, причем за один год потеряла в весе 8 кг. Вначале тошнота и рвота возникали изредка, а затем участились. Диагноз поликлиники: катар желудка.

В психотерапевтическом отделении была выявлена острая психическая травма, во время которой больная почувствовала тошноту, а затем последовала рвота. С тех пор при встречах с виновником этих переживаний (ее соседом) неизменно появлялись все описанные реакции, т. е. образовался патологический условный

рвотный рефлекс. Эта условная рвотная реакция постепенно генерализовалась, проявляясь в ответ на самые различные раздражители, так или иначе связанные с личностью виновника переживания. Больная направлена терапевтами в невропсихиатрическнй диспансер. Разъяснительная психотерапия не дала эффекта, но последующие 4 сеанса внушения во внушенном сне устранили весь синдром. Находилась под наблюдением в течение 7 лет, рецидива не было (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

Как известно, у некоторых лиц рвотная реакция может быть вызвана путем соответствующего внушения, сделанного как в бодрственном состоянии, так особенно во внушенном сне. Пользуясь этим обстоятельством, мы иногда при лечении алкоголиков вызываем у них внушением во внушенном сне тошноту и рвоту, одновременно внушая больному, что он «пьет рюмку водки». Таким путем у них вырабатывается и упрочивается отрицательная условнорефлекторная реакция на данный раздражитель, причем, как показывает опыт, в этих условиях в коре мозга действительно создается достаточно прочная условнорефлекторная связь.

Добавим, что больным, страдающим психогенными эзофагоспазмами и пилороспазмами, также должна быть применена психотерапия (как в бодрственном состоянии, так и во внушенном сне).

Следует отметить, что одним из объективных признаков реализации внушенной тошноты может служить реакция со стороны пульса. На рис. 65 и 66 приведена картина такой реакции со стороны пульса и со стороны дыхания.



Рис. 65. Изменение пульса после словесного внушения в гипнотическом сне: «Тошнит!» и «Не тошнит, все спокойно!» Цифры обозначают число пульсовых колебаний.



«Тошнит.[1]» Тошнит!’

Рис. 66. Реакция дыхания во внушенном сне на словесное внушение «Тошнит!»

Объективными являются и наши рентгеноскопические данные: внушенное ощущение тошноты вызывает повышение тонуса желудка в целом, поднятие его кверху и антиперистальтические движения. Создается впечатление, что вот вот желудок выбросит содержимое через пищевод наружу.

Аналогичные явления наблюдал и наш сотрудник А. Е. Бреслав: при внуше-

нии тошноты рентгеноскопически обнаруживается резкое тотальное сокращение желудка до полного выпадения тени всей каудальной части желудка, так что бариевая масса поднимается до верхней его стенки. В другом случае при внушении тошноты наблюдалось ослабление перистальтики и небольшое тотальное сокращение тела желудка (предвестник рвоты). В третьем случае при внушении подступающей рвоты наступило заметное спастическое уменьшение объема желудка, а верхний уровень бариевой массы поднялся кверху на 5-6 см.

Как показали исследования С. П. Иоффе (1942), выполненные под нашим руководством, оказалось возможным путем внушения воздействовать на рвотный центр и в противоположном направлении: рвота, вызванная подкожной инъекцией 1 мл 0,5% раствора апоморфина, подавлялась или предупреждалась соответствующим словесным внушением. Приводим некоторые его данные.

1. Исследуемому К., находившемуся в бодрственном состоянии, подкожно введен 1 мл раствора апоморфина. Через 4 минуты появилось общее беспокойство, тошнота и сильная рвота, а через 6 минут – беспрерывная рвота, длившаяся в течение одной минуты. На 10-й минуте наступило полное успокоение.

Через 4 дня исследуемому введена подкожно та же доза апоморфина. Через 3,5 минуты появилась сильная тошнота, рвота и общее беспокойство. Сразу усыплен, во внушенном сне внушено:

«Тошнота и рвота прекратились!» Находился во внушенном сне в течение 15 минут. Проснулся без чувства тошноты, без позывов на рвоту. После пробуждения тошнота и рвота не возобновлялись.

Проведенные исследования свидетельствуют о возможности влияния с помощью словесного внушения на состояние и деятельность рвотного центра. Кроме того, исследованиями с применением апоморфина подтверждается возможность устранения путем словесного внушения также непсихогенной рвоты, причем не только условнорефлекторной, но также безусловной, как экзогенной, так и эндогенной. Такова, например, рвота, возникающая после химического наркоза в послеоперационном периоде, а также рвота при токсикозах беременности, о чем речь будет идти дальше.

Деятельность инкреторных и экскреторных желез.

Как известно, кора мозга оказывает свое воздействие также на состояние и деятельность эндокринного аппарата. Остановимся на вопросе о возможности влияния с помощью слова на состояние эндокринной системы.

Прежде всего необходимо отметить часто встречающиеся случаи психогенной формы гипертиреоза различной тяжести. Нередко в таких случаях врачи, игнорируя возможность психогении, безрезультатно применяют различные виды симптоматического лечения, иногда даже хирургическое вмешательство. Между тем психотерапия в этих случаях может принести существенную пользу.

Начнем с рассмотрения весьма тяжелого гипертиреозного состояния, наблюдавшегося нашей сотрудницей 3. А. Капиль-Левиной в 1934 г. Этот случай убедил нас в возможности психогенного происхождения этого заболевания, патогенетическим методом лечения которого является психотерапия.

1. Больная К., 32 лет, госпитализирована с признаками бурно развивающегося гипертиреоза, с явлениями тяжелой гипертиреоидной интоксикации и резкого истощения (выраженный базедов синдром). Срочно стационирована в хирургическую клинику, назначена на операцию. Однако осуществить последнюю не удавалось из-за тяжелого реактивного невротического состояния с двигательным возбуждением, вызываемым крайним волнением перед предстоящей операцией и «страхом смерти на операционном столе». После двукратных попыток успокоить больную и подготовить к операции (дважды была снята с операционного стола) направлена «для успокоения нервной системы» в клинику неврозов, где находилась в течение 6 недель. Однако проводившиеся здесь разъяснительная психотерапия, фармакотерапия и физиотерапия оказались безрезультатными. Вследствие нарастающего тиреотоксикоза, принимающего угрожающий характер, переведена в психотерапевтическое отделение для выработки положительного отношения к предстоящему хирургическому вмешательству.

При исследовании обнаружено: резкое истощение, слизистая оболочка губ и концы пальцев цианотичны, значительное увеличение щитовидной железы, выраженные явления декомпенсации сердца, тахикардия (130-150 ударов в минуту), значительно выражено пучеглазие, блеск глаз, выраженный экзофтальм, сухожильные рефлексы на руках и ногах резко повышены, равномерны, брюшные также повышены, резко выраженный тремор пальцев рук, вытянутых вперед, положительные симптомы Граффе и Мебиуса, усиленный гипергидроз. Артериальное давление 145/50 мм рт. ст., основной обмен повышен до 120%. Больная эмоционально лабильна, тревожно угнетена, считает себя безнадежно больной. Начало заболевания относит к 1932 г., когда после тяжелой и длительной болезни, перенесенной ею (малярия), внезапно умер ее муж, а вскоре после этого последовала болезнь и смерть единственной дочери. Сначала больная стала отмечать несвойственную ей повышенную раздражительность, слезливость, боли в области сердца, сердцебиения, субфебрильную температуру, а затем, со времени потери дочери, – припухлость передней части шеи, повышение жажды и потоотделения, причем эти симптомы быстро нарастали. Вследствие этого переведена на инвалидность второй группы, а после соответствующей разъяснительной и успокаивающей беседы направлена на хирургическую операцию «по жизненным показаниям».

Применена психотерапия во внушенном сне с последующими одночасовыми сеансами внушенного сна-отдыха. Оказалась хорошо гипнабильной, что, по-видимому, находилось в связи с ослабленным болезнью тонусом коры головного мозга. Больной было внушено спокойное отношение к пережитому, уверенность в выздоровлении, хороший ночной сон, отсутствие необходимости в операции.

Вначале сеансы проводились ежедневно. Во внушенном сне пульс замедлялся до 90 ударов в минуту и оставался замедленным до 110 ударов и в постгипнотическом состоянии. После 3-го сеанса больная отметила улучшение общего состояния, ночной сон стал спокойным и глубоким, улучшилось настроение, «появи-

лась надежда на выздоровление». После 6-го сеанса резко уменьшилась одышка и наступило общее успокоение: «Готова даже лечь на хирургический стол, если это понадобится!» После 9-го сеанса отмечено уменьшение пучеглазия и окружности шеи на 2 см, пульс 80–90 ударов в минуту.

Всего проведено 15 сеансов с последующим внушенным сном-отдыхом (по 1-l,5 часа) после каждого сеанса. В итоге был устранен весь симптомокомплекс, газообмен и температура нормализовались, экзофтальм резко уменьшился, симптом Граффе отрицательный, значительно уменьшилась щитовидная железа. Больная прибавила в весе 4,5 кг. Выписана на работу. Через 6 месяцев после лечения общее состояние хорошее, с работой вполне справляется, жалоб нет, щитовидная железа не увеличена, демонстрировалась на научной конференции диспансера Украинского психоневрологического института.

В течение последующих 3 лет практически здорова, к врачам не обращается.

Столь подробное описание данного наблюдения нами сделано вполне сознательно именно ввиду его большого интереса. В литературе нам не пришлось встречать столь явно выраженного психогенного возникновения острого гипертиреоза. Здесь же он вполне очевиден главным образом потому, что весь сложный патологический синдром был полностью устранен лишь путем гипносуггестивной психотерапии. Положительный результат последней был прослежен в условиях многолетнего катамнеза.

В том же диспансере наблюдался аналогичный случай резко выраженного психогенного гипертиреоза у мужчины 39 лет, излеченного также с помощью психотерапии.

Эти наблюдения послужили толчком к постановке специальных исследований, проведенных нашим сотрудником М. И. Кашпур в более широком масштабе, и имели целью выяснить значение психогении в развитии гипертиреозов и возможности применения при этом психотерапии (стр. 419).

Приводим пример применения внушения при нарушении функции эндокринно-вегетативной системы.

2. Больной К, 16 лет, обратился с жалобами на приступы безотчетного страха в сумерки, доходящего до ужаса. В течение остального времени суток – тоска, депрессия, общая слабость, абсолютная неработоспособность, по ночам также и бессонница. Спать может только днем, да и то плохо. Амбулаторное лечение (препараты брома и валерьяны, обтирания, гальванизация позвоночника, массаж простаты), так же как и психотерапия убеждением, не дало никаких результатов. Столь же безуспешным оказалось лечение, проведенное невропатологом. Через 2 месяца после начала заболевания состояние ухудшилось: попытки к самоубийству, по ночам истерический плач «от тоски», своим поведением измучил мать и соседей, которые просят «куда-нибудь его перевести».

Применена гипносуггестивная терапия. С 1-го сеанса по 7-й была вызвана только сонливость. При этом внушалось отсутствие страха и тоски, спокойствие, сон по ночам. Все явления стали более слабыми, хотя не исчезали, бессонница же продолжалась по-прежнему. После 8-го сеанса впервые наступил здоровый сон,

исчезли все мучительные для больного симптомы, появилось бодрое настроение, жизнерадостность, восстановилась работоспособность. Всего было проведено 15 сеансов. Больной оставался под наблюдением в течение года. Рецидива не было (наблюдение В. Л. Шатского, 1926).

Ввиду совпадения начала заболевания с развитием пубертатного периода можно предположить связь возникшего функционального нарушения высшей нервной деятельности с этим периодом. Это наше предположение основывается на высказываниях по этому поводу А. Г. Иванова-Смоленского (1949), который, касаясь условий развития патологических состояний высшей нервной деятельности, подчеркивает, что, по данным павловской школы, отчетливые, но обычно быстро проходящие и вполне обратимые изменения высшей нервной деятельности наблюдаются и при эндокринно-вегетативных перестройках чисто физиологического, а не патологического характера. Данный случай, по-видимому, может быть отнесен именно к этой категории. Более подробно об этом см. стр. 315.

Следует отметить, что в патогенезе болезни Деркума также может лежать психогения. Приводим картину развития болезни Деркума, наблюдавшуюся И. 3. Вельвовским в заведуемой нами нервной клинике. Эта болезнь также была успешно устранена психотерапией.

3. Больной К., 35 лет, подвергся нападению, перенес побои, был под угрозой лишения жизни. От тяжелых переживаний через несколько дней поседел, а спустя некоторое время у него развилась типичная картина болезни Деркума, с множественными отдельными липомами, большими и очень болезненными жировыми складками. Применено несколько сеансов психотерапии во внушенном сне, причем внушения были направлены на общее успокоение, забвение картины нападения, устранение бессонницы, состояния тревоги и страха. Это привело к успокоению, полному восстановлению сна, значительному уменьшению жировых складок и значительной части липом, а также к полному исчезновению их болезненности.

Таким образом, нарушения корковой динамики, обусловленные перенапряжением основных корковых процессов, интоксикацией, истощением корковых клеток и т. п., могут проявиться в виде тех или иных эндокринных нарушений, устранение которых в свою очередь может быть достигнуто путем словесного воздействия, направленного на устранение имеющихся нарушений корковой динамики.

Как известно, деятельность молочных желез также весьма сильно подвержена воздействиям, идущим со стороны коры головного мозга. «Не подлежит сомнению, – говорит В. М. Бехтерев (1906),– что выделение молока находится под влиянием корковых импульсов». В частности, он приводит наблюдения, когда «молоко выбегало струей из грудных сосков исключительно только под влиянием соответствующих психогенных моментов». При этом, по его словам, «психические явления, сопровождающиеся приятным самочувствием, способствуют большему нагрубанию молочных желез и более обильному отделению молока, тогда как аффекты противоположного характера приводят к уменьшению отделения молока, внезапные же психические влияния в виде испуга даже совершенно прекращают

отделение молока». Так, в опытах М. П. Никитина (лаборатория В. М. Бехтерева), поставленных на овцах в период лактации, при кимографической регистрации капель молока (при помощи введенных в протоки молочных желез стеклянных канюль) было установлено, что при нанесении болевых раздражений, как и при чрезвычайных световых или звуковых раздражениях (вспышка магния, выстрел из пистолета), отделение молока прекращалось. Наоборот, вид и голос ягненка тотчас же вызывают усиленное отделение молока.

Имеются указания на то, говорит В. М. Бехтерев, что «не только количество, но и качество молока подвергается изменению под влиянием психических моментов, особенно же под влиянием угнетенного настроения».

Хорошо известно, что в послеродовом периоде женщину очень часто беспокоит малое количество молока, недостаточное для кормления ребенка, а иногда и полное его отсутствие. Иногда же, наоборот, молочные железы резко нагрубают, что сопровождается сильной болью и может привести к невозможности нормального кормления.

Естественно, возникает вопрос, можно ли оказывать воздействие на состояние лактации путем соответствующего словесного внушения?

Как показывает клиническая практика, таким путем действительно можно вызывать изменение деятельности молочных желез в сторону как гиперлактации, так и гиполактации или даже полного прекращения лактации. Приводим два характерных наблюдения, сделанных нами совместно с К. И. Лавровой.

1. Больная Н., 36 лет, стационирована по поводу радикулита. Во время кормления грудью трехмесячного ребенка получила неприятное известие об увольнении мужа, сильно взволновалась, потеряла аппетит и сон, много плакала. На следующий день заметила резкое уменьшение молока. При надавливании на молочную железу молоко едва выделялось отдельными каплями. Беспокойство за ребенка и обострившиеся боли еще больше ухудшили состояние больной. Развилось тревожно-угнетенное состояние с навязчивыми мыслями депрессивного характера. Несмотря на уверения мужа, что с его увольнением произошло недоразумение и что он восстановлен на работе, она не успокаивалась. Разъяснительная психотерапия также не дала результата. Проведено 3 сеанса словесного внушения во внушенной дремоте соответствующего содержания, после чего больная совершенно успокоилась, причем восстановилось и нормальное отделение молока.

Второе наблюдение несколько отличается от первого и представляет интерес в другом отношении.

2. Больная Б., 26 лет, доставлена в больницу скорой помощью по поводу «послеродового психоза». У больной трехмесячный грудной ребенок, которого она кормит только правой грудью, так как страдает маститом левой молочной железы, по поводу чего была дважды оперирована. После второй операции, проходившей при сильном волнении, общее состояние больной резко ухудшилось: появились навязчивые мысли о смерти, «беспричинная тревога», безотчетное «стремление куда-то идти», вследствие чего было решено прервать кормление грудью. Однако

прекращение кормления грудью и тугая повязка в течение 2,5 недель не уменьшили количества отделяемого молока из здоровой молочной железы. При поступлении больной левая молочная железа воспалена, отечна и резко болезненна при пальпации. На месте разрезов два свища.

Применена психотерапия в виде мотивированного словесного внушения во внушенной дремоте. Внушалось успокоение и прекращение лактации. На следующий день после первого сеанса выделение молока уменьшилось, причем впервые в течение ночи повязка была сухой. Под влиянием последующих сеансов внушения свищи быстро зажили и прекратилось выделение молока из обеих молочных желез. Больная выписана в хорошем состоянии.

Добавим к этому, что нам пришлось наблюдать у одной больной 32 лет в течение 4 лет после родов обильное выделение молока из обеих молочных желез, обусловленное перенесенными ею во время родов тяжелыми переживаниями семейного характера. Путем 4 сеансов психотерапии во внушенном сне с внушением полного успокоения, забвения пережитого ею во время родов и пр. это заболевание было устранено.

Все это является иллюстрацией, с одной стороны, расстройств функции молочных желез под влиянием неблагоприятных второсигнальных воздействий и отрицательных эмоций, с другой – эффективности психотерапии, проведенной во внушенной дремоте. Психотерапия оказалась успешной при двух противоположных по характеру расстройствах функций молочных желез: если у первой больной прекратившееся выделение молока было восстановлено, то у второй- избыточное его выделение было прекращено.

Наблюдений такого рода имеется довольно много. Большая работа проведена в этом направлении В. И. Здравомысловым (1949). В последнее время аналогичные многочисленные наблюдения сделаны М. Я. Милославским (1954).

Как известно, путем внушения словом, проводимого в бодрственном состоянии или во внушенном сне, можно также устранять маточные кровотечения психогенного характера, как и вызвать их наступление. Этот факт впервые был отмечен еще Н. И. Кольским (1887).

Приведем примеры устранения психогенных меноррагий путем словесного внушения.

1. Больная М., 18 лет, обратилась с жалобами на удлинившиеся менструации, которые в дальнейшем перешли в постоянные и упорные кровотечения. Проведенные мероприятия вплоть до дефлорирования и пробной операциии abrasio не дали эффекта. Путем анамнестической беседы было установлено наличие тяжелых переживаний семейного характера, что и привело к возникновению меноррагий. Проведено 3 сеанса психотерапии во внушенном сне с соответствующими внушениями, что привело к устранению меноррагий и дало возможность урегулировать в дальнейшем нормальную менструальную деятельность (наблюдение П. П. Истомина, 1929).

2. Больная Г., 35 лет, в течение 3 лет страдает упорным и сильным маточным

кровотечением, сопровождающимся резкими болями. Безрезультатно лечилась в ряде клиник. Улучшение наступало каждый раз, когда, применяя какой-либо новый вид лечения, ей говорили: «Это вам поможет!», но затем заболевание снова принимало прежний характер.

Однажды на курорте лечащий врач ей сказал: «Месяца через 4 вам будет лучше, но это заболевание настолько тяжелое, что один курс курортного лечения вам не поможет, нужно приехать на следующий год!» Действительно, через 4 месяца наступило облегчение, но лишь на l,5 месяца, а затем снова ухудшение, сопровождавшееся обострением болей. Последние месяцы ухудшение прогрессировало: крайне обильные кровяные выделения, резкое исхудание, эритроцитов 3 600 000, гемоглобина 26%.

В связи с этим врачи предложили немедленно произвести экстирпацию матки и яичников. По собственной инициативе больная обратилась в психотерапевтический диспансер.

Анамнез показал, что 3 года назад во время менструации она ехала поздно вечером на подножке железнодорожного вагона, переполненного пассажирами, причем ее сильно тревожила мысль: «Можно застудить яичники!» На вторую ночь после этого менструация перешла в сильное кровотечение с резкими болями. Скорой помощью была доставлена в больницу. С тех пор кровотечение не прекращается.

Применена психотерапия в легком дремотном состоянии, сделаны внушения: «Ваше заболевание – результат тревоги, страха и самовнушения. Сейчас все это у вас прошло окончательно, кровотечения нет, болей нет, все идет и будет идти хорошо!» После сеанса, как говорила больная, она «почувствовала себя совсем другой: болей нет, исчезло давление внизу живота, ощущается какая-то пустота и легкость!» Самостоятельно отправилась пешком домой и шла, как она сама потом говорила,- «чем дальше, тем энергичнее», сама поднялась на 5-й этаж, чего с начала заболевания без посторонней помощи делать не могла. Кровотечение и боли прекратились в тот же день, непосредственно после сеанса внушения. Через 1,5 месяца, чувствуя себя вполне здоровой, поехала в Крым и на Кавказ, где совершала прогулки по горам; менструации приняли нормальное течение. Находилась под наблюдением 6 лет, менструации нормальны, переживаемые неприятности и огорчения на них не отражаются (наблюдение Н. В. Варен).

Таким образом, в данном случае всего лишь один сеанс психотерапии потребовался для того, чтобы радикально устранить тяжелое заболевание, обусловленное психогенией, возникшее у лица с тревожно-мнительным характером, повидимому, принадлежащего к сильному варианту слабого общего типа нервной системы.

Далее, достаточно хорошо известна неукротимая рвота беременных, обычно прекращающаяся лишь с прерыванием беременности, а иногда, если своевременно не оказана помощь, приводящая к летальному исходу. Эта весьма мучительная истощающая рвота наряду с другими тягостными симптомами заставляет акушеров изыскивать самые разнообразные консервативные способы сохранения беременности. Но нет ни одного фармакологического средства, которое было бы

в этих случаях вполне эффективным. Было выдвинуто несколько теорий происхождения этого тяжелого состояния, однако ни одна из них не была признана. Теория «токсикоза» также гипотетична.

Наблюдавшиеся спорадические случаи успешного лечения рвоты беременных словесным внушением заставляют многих исследователей считать эти явления психогенными. Следует отметить, что возможность оказывать психическим путем влияние на соматические процессы до последнего времени многими врачами априорно отвергалась.

Наши многолетние наблюдения говорят о том, что из всех методов консервативного лечения словесное внушение является при этом страдании единственным средством, в огромном большинстве случаев вызывающим прекращение не только рвоты, но и других сопутствующих тяжелых явлений со стороны эндокринно-вегетативной системы. Так как этому виду терапии рвоты беременных до сих пор должного значения не придавалось, мы считаем необходимым привести несколько типичных примеров положительного воздействия, оказываемого в этих случаях внушением словом во внушенном дремотном состоянии с последующим длительным внушенным сном-отдыхом.

Первый положительный эффект словесного внушения при тяжелой рвоте беременной наблюдался нами еще в 1912 г.

Психотерапия при таких токсикозных состояниях успешно применялась нашим сотрудником М. О. Пайкиным (1930), нами совместно с Ф. Б. Цейкинской и Р. Я. Шлифер (1930, 1936, 1941, 1949) и акушером И. Т. Цветковым (1941). Это заставило нас уделить методу лечения рвоты беременных внушением большое внимание и внедрять его в практику.

Приводим наиболее показательные из этих наблюдений, иллюстрируя их соответствующими схемами.

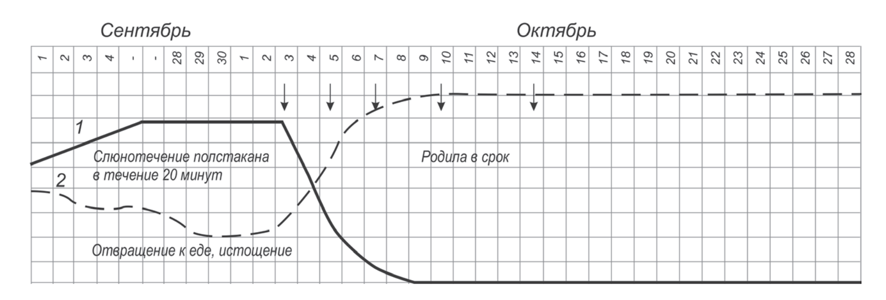


Рис. 67. Схема эффективности гипносуггестивной терапии токсикоза у беременной А. *1* – слюнотечение; *2* – самочувствие больной (подъем кривой обозначает улучшение). Стрелки обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

1. Беременная А., 30 лет, с весьма тяжелым и упорным слюноотделением; 7-я неделя двенадцатой беременности. Последние восемь беременностей были прерваны из-за слюнотечения, так как никакие лечебные мероприятия не достигали цели. Первый сеанс психотерапии, проведенной в дремотном состоянии, дал

значительное облегчение. Последующие 2 сеанса прекратили саливацию, параллельно уменьшению которой улучшалось и самочувствие. Родила в срок (рис. 67, наблюдение М. О. Панкина).

2. Больная Б., 27 лет, обратилась в диспансер на 8-й неделе третьей беременности (две первые прерваны искусственно из-за слюнотечения и рвоты). Непрерывное слюнотечение днем и ночью, рвота до 50-60 раз в сутки. Больная голодает, истощена и совершенно неработоспособна.

Приведена в дремотное состояние, в котором ей сделано внушение о прекращении рвоты. Эффект получен положительный: выделение слюны сильно уменьшилось и до утра следующего дня рвоты не было. На следующий день рвота была около 20 раз, но самочувствие заметно улучшилось. После следующих сеансов рвота и слюнотечение совершенно прекратились, появился аппетит. На 5-й день после начала лечения больная вышла на работу. Интересен следующий эпизод: в течение всего периода рвоты больная спала на своей кровати, а незадолго до начала психотерапии перешла на диван, на котором и спала в дальнейшем. Однако, как только она снова перешла на свою кровать, рвота в ту же ночь возобновилась. Один сеанс словесного внушения прекратил ее. Как мы видим, в данном случае имел место рвотный (условный рефлекс, связанный с определенной ситуацией, при которой заболевание развилось и упрочилось (рис. 68).

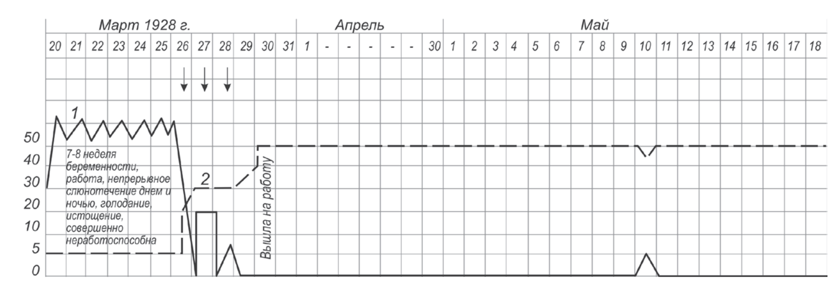


Рис. 68. Схема эффективности гипносуггестивной терапии неоднократной работы у беременной Б. 1 – частота рвоты за сутки, 2 – самочувствие больной (подъем кривой обозначает улучшение). Стрелки обозначают сеансы гипносуггетивной терапии.

Остановимся на весьма показательном случае, когда положительный эффект также был связан с психотерапией.

3. Больная А., 22 лет, беременна второй раз (первая беременность прервана из-за рвоты). У нее рвота началась на 8-й неделе, а к 10-й неделе дошла до 30-40 раз в сутки. Стационирована, получает бромиды, аутогемотерапию, хлоралгидрат, что вначале дало некоторое улучшение, а в дальнейшем как будто и положительный результат. Но общая слабость и отвращение к еде, по словам больной, не покидали ее. После выписки из больницы снова рвота (до 30-40 раз в сутки, днем и ночью), то же отвращение к еде, фармакотерапия безрезультатна: больная не

покидает постели, часто наблюдаются обмороки, исхудание прогрессирует. Один из акушеров предложил прервать беременность, назначена операция. По совету другого акушера муж больной обратился за психотерапевтической помощью.

Накануне операции проведен первый сеанс психотерапии: вызвано состояние покоя, а затем и дремоты. Применена следующая формула внушения: «Вы отдыхаете, рвоты больше нет, можете есть все. К пище отвращения нет, наоборот, есть влечение, она вызывает у вас аппетит. Съеденная вами пища удерживается, у вас имеется уверенность в сохранении беременности и в том, что роды пройдут благополучно! Итак, рвоты больше нет, самочувствие хорошее, кушаете все с большим удовольствием!». По пробуждении отмечено хорошее самочувствие. С видимым удовольствием больная съела два бутерброда и немного бульона. В этот день рвоты не было, больная принимала пищу, самочувствие весь день было удовлетворительным. В дальнейшем в дни сеансов внушения рвоты не было, нарастал аппетит, увеличивалось количество съедаемой пищи, улучшалось общее самочувствие. В другие дни, когда сеанса внушения не было, рвота возникала только при попытке есть. Интересно отметить результат случайной трехдневной паузы в психотерапии: больная тревожна, в течение дня каждая попытка принять пищу вызывает рвоту, ночью плохо спит «из-за боязни возобновления рвоты». Наконец, снова проведен очередной сеанс внушения, после чего рвоты не было весь день, ест хорошо. В дальнейшем проведено еще пять сеансов через различные промежутки времени с внушением прекращения рвоты и тошноты навсегда. Рвота прекратилась, самочувствие хорошее. В начале следующего месяца иногда рвота бывала один раз по утрам; самочувствие и аппетит хорошие. По настоянию мужа с конца месяца был проведен еще один сеанс внушения, окончательно прекративший рвоту. Родила в срок. Следует отметить, что имевшийся в моче ацетон исчез на 5-й неделе после начала психотерапии. Как мы видим, психотерапия дала положительный эффект, сохранив беременность и устранив необходимость в хирургическом вмешательстве (рис. 69).

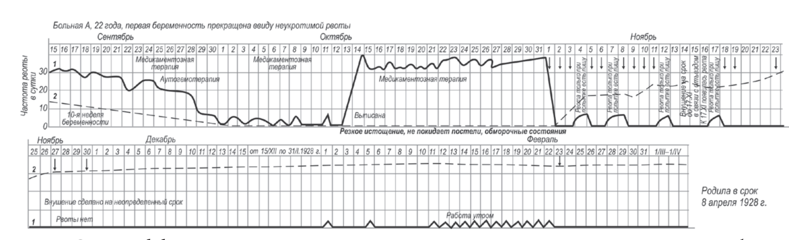


Рис. 69. Схема эффективности гипносуггетивной терапии неукротимой рвоты у беременной А. Обозначения те же, что и на рис. 68.

Эти наблюдения свидетельствуют о возможности эффективного воздействия внушением не только на психогенные расстройства, но и на нормальные эндокринно-вегетативные перестройки, происходящие в организме беременной. Добавим, что такой же эффект терапии токсикозов беременности наблюдал В. И. Здравомыслов (1930, 1938). Обычно принято думать, что если внушение

словом устраняет данное нарушение (скажем, неукротимую рвоту беременной), то это значит, что последнее является психогенным. Однако мы с сотрудниками наблюдали около 115 беременных с эндокринно-вегетативными синдромами различной сложности и с хореическим гиперкинезом (Е. А. Воронина), причем положительный результат психотерапии был отмечен у 84%. Акушер М. В. Вигдорович (1949) за 16 лет применил гипносуггестивный метод у около 400 больных с токсикозами беременности, положительные результаты психотерапии наблюдались у 90%. При этом во всех случаях, когда никакой психогении установлено не было, отмечалось явное преимущество психотерапии и безрезультатность медикаментозной терапии.

Именно в силу этого с помощью словесного внушения оказывается возможным восстанавливать нарушенное гормональное и нейрогуморальное состояние организма. Вне сомнения, этим путем не только устраняется патологически прочно зафиксировавшаяся рвотная реакция и другие сопутствующие ей симптомы, но и создаются глубокие положительные биохимические сдвиги в организме беременной.

С. П. Иоффе (1941) в своей кандидатской диссертации, выполненной под нашим руководством, сделал первые шаги для объективного доказательства тех сдвигов в обмене веществ, какие при токсикозах беременности действительно происходят под влиянием словесного внушения сответствующего содержания, делаемого во внушенном сне. Так, у 10 наблюдавшихся им больных с токсикозами беременности в процессе лечения исчезла гипогликемия, причем ослабление ее началось уже после 1–2 сеансов психотерапии. Все это еще раз свидетельствует, что роисходящие в организме человека биохимические процессы, как и нейрогуморальные соотношения, регулируемые корой головного мозга, могут быть изменены путем словесного воздействия.

Дыхание, кровообращение, кожная трофика.

Работы сотрудников К. М. Быкова, а также наши наблюдения (1930) показали, что дыхание также изменяется и регулируется по механизму условного рефлекса, причем в этом случае возможно образование прочно зафиксированных динамических структур. Их функциоальный характер и условнорефлекторная природа с полной очевидностью доказываются успехом воздействия на них словесного внушения.

Так, по данным Д. Э. Штеймана и М. И. Ксендзовского (1938), а также Я. М. Бритвана (1940), путем словесного внушения во внушенном сне удается вызвать различные формы периодического дыхания, что может иметь значение для выяснения генеза расстройств дыхательного ритма.

Участие коры мозга в развитии астматических приступов, как и их условнорефлекторный характер, подтверждается повседневными наблюдениями. Об этом свидетельствует, например, то обстоятельство, что, по данным А. В. Триумфова (1949), приступ бронхиальной астмы вызывался у больного не только обычным для него аллергеном – запахом розы, но и показом рисунка розы.

Небезынтересно наше наблюдение, касающееся больной, страдавшей 1,5 года тяжелой формой астмы, припадки которой развивались каждый раз после гриппа, а нередко и под влиянием различных аллергеннов обонятельного характера. Больная избавилась от своего недуга после нескольких сеансов словесного внушения во внушенном дремотном состоянии.

1. Больная С, 45 лег, страдала приступами бронхиальной астмы, развившейся в период климакса. Приступы начались 4 года назад и выражались в виде сильного кашля, сердцебиения и состояния удушья, длящихся в течение 2-3 часов. Вначале приступы возникали с промежутками в несколько месяцев, но со временем участились, повторяясь каждые 5-6 дней. Применявшаяся фармакотерапия была безрезультатной. Аллергеном являлись запахи (одеколон, эфир и т. п.).

В последнее время приступы еще более участились, повторяясь через 3-4 дня, и сделались более тягостными для больной, чаще всего возникая ночью. Вместе с тем у больной развился страх перед приступами и боязнь дуновения воздуха, запаха пищи, мыла, спирта, пудры, йода, так как «все это могло вызвать приступ». Она стала бояться спать при закрытых дверях, так как «если будет приступ, будет тяжело дышать».

Проведен сеанс рациональной психотерапии, после которого наблюдалось некоторое успокоение и надежда на выздоровление. Последующие сеансы внушений, проведенные в дремотном состоянии, привели к значительному улучшению здоровья больной: она стала спокойно переносить запахи (одеколона, йода, спирта, пудры, табака), перестала бояться спать одна в комнате, выходить на балкон, начала заниматься хозяйством. После курса лечения (6 сеансов внушения) стала выходить на улицу. Чувствует себя хорошо, приучает себя спокойно относиться к тем раздражителям, воздействия которых раньше боялась. Положительный катамнез 2 года. С возникающими время от времени легкими рецидивами реакций лишь на некоторые аллергены больная легко справляется самостоятельно (наблюдение автора).

Приводимый ниже пример представляет интерес в отношении механизма возникновения этого заболевания.

2. Женщина, работавшая в поле, была внезапно испугана пожаром, возникшим в селе, где остались ее маленькие дети. Будучи охвачена страхом за своих детей, она, задыхаясь, пробежала в гору 11,5 км, пока, наконец, увидела, что пожар возник в части села, противоположной от ее дома, после чего упала в полном изнеможении. Вскоре после этого у нее появились провоцируемые отрицательными эмоциями приступы удушья, в дальнейшем проявляющиеся в виде приступов астмы, продолжавшейся свыше 5 лет. Проведен курс психотерапии: 10 сеансов внушения во внушенном сне полностью устранили приступы (наблюдение Е. С. Каткова).

Приведем еще одно наблюдение, также свидетельствующее о высокой степени эффективности психотерапии такого рода заболеваний.

3. Больной П., 43 лет, инвалид второй группы, находился в санатории по пово-

ду бронхиальной астмы, а также миокардиодистрофии, недостаточности кровообращения и хронического доброкачественного полиартрита. Жалобы на частые тяжелые приступы удушья, возникающие преимущественно в ночное время, а также на кашель, боли в суставах рук, повышенную раздражительность, эмоциональную лабильность, появившиеся 8 лет назад после полученной на фронте контузии. При волнениях приступы удушья повторяются по 3-5-7 раз в сутки, причем такое состояние продолжается в течение 1-1,5 месяцев.

Больной в начале приступа сам вводит себе 0,5 мл адреналина, 1 мл кофеина или 2 мл камфары, после чего на некоторое время приступы прекращаются, однако дыхание остается тяжелым (затрудненный вдох, постоянные хрипы). Объективно: в легких при перкуссии – коробочный звук, при аускультации – жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы, подвижность нижних краев легких ограничена. Данные рентгеноскопии: легкие эмфизематозно расширены, гилюсы тяжистые, широкие, плотные, справа небольшая сердечно-диафрагмальная спайка.

Проведен сеанс внушения в бодрственном состоянии, после которого больной почувствовал некоторое улучшение: стало легче дышать, появилась вера в выздоровление. Следующий сеанс, проведенный во внушенном сне, продолжался в течение часа. Сделано внушение «Приступы бронхиальной астмы совершенно прекратились». Через 2 суток проведен еще сеанс. Общее состояние хорошее. После 1-го же сеанса, проведенного во внушенном сне, внушение реализовалось полностью: приступы бронхиальной астмы совершенно прекратились. Последующими 3 сеансами, проводившимися во внушенном сне, положительный лечебный эффект был закреплен. На протяжении всего последующего пребывания больного в санатории приступы астмы ни разу не появлялись, исчезли хрипы, дыхание стало совершенно свободным, исчезли боли в суставах и повышенная раздражительность, появилось жизнерадостное настроение, прибавил в весе 3 кг. Выписан в хорошем состоянии (наблюдение И. А. Жукова, 1952).

Данный пример интересен тем, что прежнее разнообразное амбулаторное и стационарное лечение (подсадки печени и селезенки по Румянцеву, новокаиновая блокада по Вишневскому, инъекции алоэ 2 раза в день, всего 60 инъекций, теофедрин, антаоман, адреналин с кофеином и камфарой, сухие банки и т. д.) не давали положительного лечебного эффекта, в то время как первый же сеанс словесного внушения во внушением сне совершенно устранил приступы бронхиальной астмы.. Как мы видели, психогенез заболевания врачами в данном случае учтен не был, вследствие чего и применявшаяся симптоматическая терапия не давала эффекта.

Заслуживают внимания наблюдения П. К. Булатова и П. И. Буля (1953), которые вызывали типичный приступ бронхиальной астмы у больных астмой путем соответствующего внушения во внушенном сне. Такой приступ сопровождался всеми присущими ему эндокринно-вегетативиыми проявлениями. Обратным внушением вызванный таким способом приступ тотчас же устранялся.

Таким образом, аллергические заболевания, в том числе бронхиальная астма, представляющие картину упрочившегося патологического условного рефлекса, достаточно хорошо поддаются гипносуггестивной терапии. По-видимому, это

обусловлено тем, что, как отмечает Ю. П. Фролов (1949), легкие, обладая богатой интерорецепцией, «служат своего рода экраном, на котором проецируются сложнейшие мозговые процессы». Как и все другие внутренние органы, легкие также могут участвовать в образовании условнорефлекторных связей. В силу этих временных связей и может, по данным Ю. П. Фролова, при определенных условиях формироваться патофизиологический механизм, лежащий в основе бронхиальной астмы. По словам Ю. П. Фролова, припадок бронхиальной астмы – это «типичный условный интероцептивный рефлекс, фиксирующий однажды установившиеся отношения в коре головного мозга». Возникновение его может быть обусловлено тем, что «два очага возбуждения, возникающие одновременно и в коре мозга, и в центре регуляции тонуса бронхов, совпадают друг с другом во времени». По закону условных рефлексов между такими очагами образуется временная связь.

По Л. Л. Васильеву и М. В. Черноруцкому (1953), в основе патогенеза бронхиальной астмы лежит возникновение патологической доминанты в нервных центрах, регулирующих мышечную и железистую функцию бронхов. Очевидно, этой подкорковой патологической доминанте отвечает соответствующий корковый «больной пункт». Если на подкорковую патологическую доминанту могут оказывать воздействие фармакологические препараты и физиотерапевтические средства, то на корковый «больной пункт» должна влиять речевая психотерапия. Соответственно этому и сам приступ бронхиальной астмы может возникнуть как условный рефлекс на внешние и внутренние патогенные раздражения первой или же второй сигнальной системы.

То, что дыхательная функция имеет корковое представительство, следует из работ лаборатории К. М. Быкова (1927). Его сотрудниками Г. П. Конради и З. В. Бебешиной были получены условнорефлекторньм путем изменения в характере легочной вентиляции. Отметим также, что В. М. Бехтеревым (1907) была установлена возможность выработки дыхательного условного рефлекса у собаки.

Отсюда следует, что на этой основе легко могут создаваться условия для развития того «невроза легких», каким по существу и является бронхиальная астма. При этом, как подчеркивает Ю. П. Фролов, фаза выдоха у человека особенно «перегружена» вследствие того, что на ней базируется вся многообразная функция речи. Именно по этой причине, по его мнению, она и страдает в первую очередь. При этом клиническая картина заболевания нередко проявляется лишь через 6-7 месяцев после травмы. Естественно, что последствия могут сказаться в форме нарушения корковой регуляции любых исполнительных аппаратов, как и многих других соматических функций. В данном случае это выражается в нарушении тонуса гладких мышц бронхов.

Таким образом, мы видим, что одним из возможных результатов воздействия, оказываемого на корковую динамику словесным внушением, может быть высвобождение функций физиологически нижележащих отделов центральной нервной системы, причем это может быть достигнуто путем торможения вышележащих отделов, в норме регулирующих их работу.

В литературе о внушении и гипнозе имеются многочисленные указания на возможность влияния с помощью словесного внушения на деятельность сердца, на состояние сердечно-сосудистой системы, в частности на возможность вызывать те или иные изменения в состоянии сосудодвигательного аппарата.

В качестве примера местного расстройства кровообращения, вызывавшегося путем прямого словесного воздействия, можно привести известный опыт Шарко, проведенный им в 80-х годах прошлого столетия: исследуемому, находящемуся во внушенном сне, в течение нескольких дней подряд внушалось, что его правая рука набухает, становится отечной, делается толще другой, твердой, багровой и холодной. Действительно, через некоторое время правая рука исследуемого стала толще левой, сделалась твердой, багровой и температура ее понизилась на 3°.

И. Р. Тарханов (1881) приводит наблюдение, когда человек произвольно вызывал ускорение сердцебиения без изменения ритма дыхания. Моссо (1887) установил плетизмографически, что при умственной работе происходит уменьшение объема предплечья вследствие сужения его сосудов, в то время как сосуды мозга расширяются. К. Нагель (1889) показал, что раздражение кожи горчичником, а также одно представление об этом вызывают сильное повышение внутричерепного давления. Наоборот, словесное предупреждение, что «сейчас будет поставлен горчичник и будет больно», ведет к резкому его падению.

Л. А. Корейша (1928), используя капилляроскопию, установил, что при неврозах состояние сосудов меняется под влиянием внушения словом. С. П. Боткин, так же как и И. Р. Тарханов, допускает возможность прямой связи между корой мозга и подкорковыми центрами, через которые реализуется влияние на ритм сердечной деятельности.

Возможность образования условных рефлексов на деятельность сердечно-сосудистой системы известна давно. Условный сердечный рефлекс впервые был получен Чалым (1914) в лаборатории В. М. Бехтерева путем сочетания во времени болевого раздражения кожи (безусловный раздражитель) с шумом прерывателя индуктория. Позднее Л. Л. Васильев и В. А. Подерни (1930), используя электрокардиографический анализ, исследовали характер условнорефлекторных симпатикотропных сдвигов. Ваготропные изменения в деятельности сердца были получены условнорефлекторным путем Г. Н. Сорохтиным, К. Ю. Тургелем и О. П. Минут-Сорохтиной (1934). Н. И. Красногорский (1935) наблюдал условнорефлекторную тахикардию и брадикардию у подростков.

В дальнейшем в лабораториях, руководимых К. М. Быковым (В. Е. Делов, 1939; Е. Г. Петрова, Г. А. Самарин, 1942; Г. И. Левитин, 1947; К. М. Смирнов, 1940, 1941, и др.), были выработаны условные рефлексы на сердце и зарегистрированы электрокардиографически его реакции на различные условнорефлекторные воздействия и фармакологические агенты (морфин, нитроглицерин, адреналин, строфантин и др.). Установив возможность влияния через кору головного мозга на деятельность сердечно-сосудистой системы, К. М. Быков подчеркивает, что воздействия коры мозга на сердце не ограничиваются его хроно- и инотропными изменениями, а распространяются на весь миокард и проводящую систему. Таким образом, кортикальные влияния на сердце оказываются весьма глубокими.

Как говорит И. П. Павлов, сердце должно приспособляться к изменениям не только всего организма, но и каждого его органа.

Возможность воздействия с помощью слова на деятельность сердца и на функциональное состояние кровообращения изучалась также в лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского. Так, повышение артериального давления, выработанное у подростков Н. И. Козиным (1935) на звонок, в дальнейшем было им получено также на слово «звонок», произносимое не только экспериментатором, но и самим исследуемым. Аналогичные данные были получены Л. И. Котляревским (1936) при выработке условной связи на сердце (феномен Данини-Ашнера): замедление сердечной деятельности наступало не только в ответ на звонок, но и на словесный раздражитель – «брадикардия». Все эти факты указывают на участие коры мозга в регуляции кровяного давления и деятельности сердца. Об этом же говорят и данные наших исследований, приведенные выше (стр. 19 и 53-54).

Ниже приводятся наблюдавшиеся нами случаи стойкого положительного эффекта лечения словесным внушением некоторых функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы, в частности пароксизмальной тахикардии.

1. Больной К., 46 лет, доцент, обратился с жалобами на приступы пароксизмальной тахикардии, которыми страдает в течение 19 лет, причем в день бывает по 10-15 приступов. Светлые промежутки бывают редко (до 10 дней). Пульс 150-180 ударов в минуту. Начало заболевания связывает с ангиной, перенесенной 19 лет назад, причем первый приступ тахикардии длился 10 суток. В дальнейшем после ангин всегда развивался 10-дневный приступ тахикардии. В течение 7 лет ангин не было; с этого времени и приступы тахикардии также видоизменились: стали короткими (по нескольку минут) и редкими.

Во время Великой Отечественной войны К. перенес ряд психических травм. После этого приступы снова участились и стали длительными, затягиваясь до 10 дней. Медикаментозное лечение (хинин) было безрезультатным. В последние годы приступы стали возникать во время чтения лекций, что приводило к срыву их. В связи с этим появилась и упрочилась боязнь чтения лекций, что вызвало состояние крайней депрессии. Развилась боязнь, что «за срывы лекции снимут с работы».

Таким образом, один страх боролся с другим. Свое состояние больной характеризует, как «вечный страх приступа», а отсюда и «настораживание и прислушивание к работе сердца» и «неуверенность во всем». Ночной сон стал плохим: долго не может заснуть, спит повышенно чутко, раздражителен, часто впадает в отчаяние, работоспособность резко упала. Стационирован в терапевтическую клинику. Однако проведенное лечение заметных положительных результатов не дало. Объективно: митральный порок (сужение и недостаточность), полная компенсация.

Применена психотерапия. После 2-го сеанса внушения, проводившегося во внушенном сне, большие приступы прекратились, но боязнь чтения лекций сохранялась, хотя во время лекции приступы уже не возникали. После 6-го сеанса приступы сделались мимолетными, страх исчез, свободно читает лекции, ночной сон улучшился. Всего проведено 13 сеансов, причем последними 3 сеансами по-

лученный положительный эффект лечения был закреплен. Наблюдался в течение 3 месяцев, катамнез положительный, резкое улучшение настроения, вернулась уверенность в себе и «желание жить и работать». За это время провел большую научную работу, лекции читает свободно. Если во время лекции возникает приступ, то он лекцию продолжает, не теряя логичности изложения и способности владеть собой. Приступы мимолетны, светлые промежутки по 2-3 дня. Полученные положительные сдвиги подтверждены терапевтом (наблюдение Е. С. Каткова и Б. О. Спивакова).

В данном случае невротическое заболевание в форме пароксизмальной тахикардии возникло у лица, по-видимому, принадлежащего к сильному уравновешенному типу нервной системы, ослабленному перенесенным инфекционным заболеванием и рядом психических травм. Словесным воздействием заболевание было устранено, и больной вернулся к нормальной трудовой деятельности.

2. Больная Д., 38 лет, доставлена в отделение неврозов в тяжелом состоянии, на носилках, с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, усиленную перистальтику кишечника, чувство озноба, дрожание рук, навязчивый страх умереть во время такого приступа. Считает себя больной около 3 месяцев. Заболевание связывает с оперативным вмешательством по поводу мастита: перед операцией сильно волновалась. Первый приступ возник вскоре после этих волнений, а в настоящее время приступы возникают 2-3 раза в день. Из-за боязни, как бы приступы не участились и не усилились, больная лежит неподвижно в постели, ее кормят с ложки. Предъявляет множество жалоб соматического характера, целыми днями считает себе пульс, тяжело вздыхая, настроение подавленное. Первые дни пребывания в клинике настойчиво требовала сделать ей инъекции камфары или других сердечных средств. Разъяснительная психотерапия, проведенная в бодрственном состоянии, успокаивала больную лишь на 5-10 минут. После 4 сеансов словесного внушения в дремотном состоянии больная стала меньше фиксировать свое внимание на сердце, приступы проявлялись реже, начала вставать и ходить, включилась в трудовые процессы. После 5 сеансов выписана в удовлетворительном состоянии, причем приступы учащенного сердцебиения бывают один раз в 6-7 дней, отношение к приступам спокойнее. Катамнез в течение 2 лет: здорова, работоспособна (наблюдение А. А. Соседкиной).

Как мы видим, на этот раз невротическое состояние с приступами тахикардии возникло у лица, по-видимому, принадлежащего к сильному неуравновешенному типу нервной системы, и развилось по механизму самовнушения, на почве страха перед хирургической операцией по поводу мастита. Пятью сеансами словесного внушения во внушенном сне это состояние удалось резко ослабить. В условиях последующей трудовой деятельности оно ликвидировалось полностью.

В заключение приведем один пример тяжелого приступа психогенной тахикардии.

3. Больной 3., 20 лет, лежит в постели в состоянии полной прострации, бледен, пульс 160 ударов в минуту, на вопросы едва отвечает. Причиной возникшего заболевания послужило тяжелое оскорбление, нанесенное ему товарищем, что

привело сначала к длительному расстройству сна, а в дальнейшем – к возникновению упорной тахикардии.

Применена психотерапия: больной приведен в состояние внушенного сна и в этом состоянии сделано внушение полного успокоения и забвения пережитого случая. После пробуждения вполне спокоен, о нанесенной ему обиде говорит без волнения, реакций со стороны сердца не отмечается, тахикардия прекратилась полностью. Полученный результат оказался положительным и прочным (наблюдение В. М. Кислова).

Наконец, кора мозга может влиять также и на нейро-гуморальные и обменные процессы, протекающие в кожных покровах. В силу этого возможно возникновение психогенных нарушений кожной трофики, как и их устранение путем словесного воздействия на корковую динамику, т. е. с помощью психотерапии.

Из давних наблюдений в этом направлении укажем на работу А. М. Зайцева (1904), который наблюдал у одной больной отечность век и множественные мелкие кожные кровотечения с выделением кровянисто-серозной жидкости. Эти явления имели психогенный характер и, по его данным, могли прекращаться (и вызываться вновь) путем словесного внушения во внушенном сне.

На возможность психогенеза некоторых кожных заболеваний в свое время указывал дерматолог П. В. Никольский (1910), отмечавший, что ряд кожных заболеваний, например экзема, крапивница, псориаз, нервный зуд, может возникать под влиянием душевных волнений. Некоторые заболевания кожи, по мнению автора, могут развиться также в результате внушения и самовнушения. По его данным, многие авторы, применяя для лечения этих заболеваний внушение в гипнозе, получали положительные результаты.

В этом направлении большую экспериментальную работу провели дерматологи А. И. Картамышев (1938, 1942) с сотрудниками (И. И. Потоцкий, И. А. Жуков и др.) и Н. Г. Безюк (1939, 1941). А. И. Картамышев и Н. Г. Безюк признают возможность психогенеза и успешной психотерапии ряда кожных заболеваний: экземы, кожного зуда и пр. Они приводят большое количество примеров из собственной практики.

Дежерин (1912) отмечал возникновение под влиянием психической травмы стойких явлений вазомоторного, секреторного и трофического характера. Бюнеман (Bunemann, 1925) считает, что в развитии некоторых форм кожных заболеваний играют роль психические моменты. Он полагал, что псориаз, экземы, фурункулез могут быть излечены путем психотерапии.

Для иллюстрации психогенеза некоторых дерматозов и эффекта их от психотерапии приведем несколько примеров.

1. Больная Н., 27 лет, обратилась с жалобами на облысение затылочной части головы, которое держится в течение года и является уже третьим в ее жизни: это явление возникало у нее всякий раз под влиянием острых душевных потрясений. Первый такой случай произошел 6 лет назад, когда она, возвратившись домой из отпуска, застала своего отца умирающим. Отец встретил ее словами: «Если бы я был здоров, о многом поговорил бы с тобой!». «У меня крепко сжались кулаки,–

говорила больная, – и я ощутила сильный спазм в горле и страшный зуд по всей голове».

На другой день у нее началось выпадение волос на голове, дошедшее через 3 недели до полного облысения. По ее словам, лечивший врач якобы сказал: «Одно душевное потрясение разрушает волосы, а другое, не менее сильное, восстанавливает их». Через 6 месяцев после внезапной смерти матери голова больной начала покрываться волосами. В дальнейшем весь волосяной покров головы пришел к норме. Далее, 3 года спустя, когда ее ребенок обварился кипятком, в ближайшие же дни после ее испуга на ее голове снова возникло пятнистое облысение (наблюдение автора).

Следующие наблюдения представляют интерес с точки зрения эффективности лечения словесным внушением.

2. Больная М., 30 лет, обратилась с жалобами на диффузные мелкие и крупные локальные облысения головы месячной давности. По словам больной, волосы выпали после тяжелого острого переживания семейного характера. Как она сообщила, такие облысения, но в более слабой степени, бывали у нее и раньше, также после значительных волнений.

Применено внушение во внушенном дремотном состоянии больной с последующим длительным внушенным отдыхом в этом состоянии (12 сеансов). После проведенных сеансов внушения полностью восстановился нормальный волосяной покров головы (рис. 70). Наблюдалась в течение 10 лет, рецидивов не было (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).



Рис. 70. Психогенное островковое облысение. *а* – до лечения; б – после гипносуггестивной терапии.

Представляет интерес то обстоятельство, что острые переживания, перенесенные ею впоследствии, уже не вызвали у нее явлений облысения. Мы склонны

объяснить это профилактическими внушениями, которые делались во время лечения.

3. Больной Б., 43 лет, шахтер, направлен кожно-венерологическим институтом в психоневрологический диспансер с мокнувшей экземой на нижних конечностях и сильным зудом, лишающим больного сна. Болен в течение 14 лет. Обычная фармакотерапия безрезультатна. Диагноз: эпидермодермит. После 6 сеансов внушения в дремотном состоянии с последующим длительным внушенным отдыхом экзема исчезла. В этом случае, несмотря на то что психогенеза выявить не удалось, все же лечебный эффект получился полный (наблюдение И. Н. Мураховской).

4. Больной К, 50 лет, обратился с жалобами на невыносимый зуд кожи в области волосистой части головы, появившийся 10 месяцев назад, на угнетенное настроение, раздражительность и нарушение сна в связи с зудом. Безрезультатно лечился разнообразными медикаментозными средствами. Объективно: больной аффективно напряжен, нетерпелив, раздражителен. Обратился к психотерапевту, чтобы, по его выражению, «испытать последнее средство».

После разъяснительной психотерапевтической беседы, утверждавшей веру больного в возможность излечения гипносуггестивным методом, проведено в течение 8 дней 8 сеансов гипносуггестивной терапии. Больной засыпал быстро и глубоко. После каждого сеанса зуд уменьшался, причем стал реже появляться в дневное время, что дало больному возможность работать. Но по утрам и перед сном зуд снова усиливался, вызывая повышенную раздражительность и бессонницу. Дольше всего зуд держался по вечерам. К концу лечения зуд совершенно прекратился, больной стал менее раздражительным, восстановился сон. Положительный катамиез 3 года. Дальнейшая судьба больного неизвестна. Диагноз: невротическое состояние (зуд кожи) (наблюдение М. И. Кашпур).

Возникает вопрос, не относится ли часть так называемых хронических неизлечимых экзем и других кожных заболеваний, упорно не поддающихся общепринятым методам лечения, к разряду эмоциогенных. И не потому ли они «неизлечимы», что к ним подходят не с той стороны?

Положительный эффект психотерапии приходится наблюдать и при непсихогенных дерматозах. Ярким примером этого может служить результат лечения бородавок путем прямого, а большей частью косвенного внушения как в бодрственном состоянии, так и во внушенном сне, что наблюдалось нами и рядом других отечественных (А. Б. Манойлов, 1928; А. Е. Бреслав и Е. Н. Закаменная, 1931; А. И. Картамышев, 1936, 1942; Н. Г. Безюк, 1938; И. М. Тонконогий и Э. Я. Мискевич, 1955; М. М. Желтаков, 1956; А. И. Картамышев и М. В. Милич, 1956; И. А. Жуков, 1954, 1956), а также зарубежных авторов [Крафт-Эбинг, 1897; Пеш (Pech), 1923; Блох (Bloch), 1926–1927; Бонжур (Bonjour), 1924; Грумах (Grumach), 1927; Мюллер (Miiller), 1932, и др.].

Несмотря на то что по вопросу о возможном психогенезе и положительных результатах лечения словесным внушением определенных форм дерматозов имеется большая литература, советские дерматологи, кроме А. И. Картамыше-

ва, Н. Г. Безюка и некоторых других, проявляют в этом отношении значительную индифферентность и до последнего времени мало способствовали разработке вопросов психогенеза различных кожных заболеваний и их психотерапии.

Следует отметить, что психогения некоторых кожных заболеваний и успехи лечения словесным внушением непсихогенных дерматозов могут быть объяснены главным образом воздействиями, идущими со стороны коры мозга, определяющей функциональное состояние всех тканей и органов, в особенности кожи, имеющей многочисленные связи с корой мозга.

К нарушению кожной трофики и тканевого кровоснабжения, возникающему под влиянием внушения словом, могут быть отнесены наблюдения внушенных ожогов, получающихся после соответствующего внушения во внушенном сне. Так, после внушения, что «приложенный к телу предмет (например, монета) очень горяч и обжигает до боли», через 2-4 часа на месте приложения монеты возникает волдырь, иногда дающий картину ожога второй степени.

Нужно сказать, что эти данные всегда были предметом наиболее скептического отношения к ним, несмотря на то что наблюдения производились рядом отечественных (П. П. Подъяпольский, 1903, 1909; Д. А. Смирнов, 1909) и зарубежных исследователей (Шарко, 1885 ; Крафт Эбинг; Шульц, 1909, и др.).

Н, Е. Введенский в своих лекциях 1911-1913 гг. указывает такой прием получения внушенного ожога: загипнотизированному проводят по руке костяшкой, рисуя восьмерку, и говорят, что это ему «прижгли руку», вскоре после чего на этом месте у него развивается воспалительный про-десс, как раз по линии прикосновения холодной костяшки к коже.

В реальности этого явления нам лично пришлось убедиться летом 1927 г., когда В. Н. Финне (1928) в присутствии проф. М. В. Черноруцкого, проф. К. И. Поварнина и ряда других лиц провел специальное исследование, которое все мы непосредственно наблюдали.

Исследуемая М., 35 лет, хорошо гипнабильная, была приведена В. Н. Финне в состояние внушенного сна, после чего на внутреннюю поверхность ее левого предплечья приложена медная монета с соответствующим внушением: «К вашей руке приложен раскаленный металлический кружок; от него на вашей руке получился сильный ожог, вам больно!» Это внушение было повторено несколько раз.

После пробуждения за исследуемой М. непрерывно наблюдал один из врачей, участник конференции. М. заведовала бельевой того санатория, где проводилась конференция, и работала с обнаженной рукой, с которой не спускался контрольный взор. Согласно протоколу наблюдения, через 25 минут после указанного выше внушения и пробуждения от внушенного сна на месте «ожога» появилось разлитое покраснение кожи, через 55 минут отмечена припухлость, через 2,5 часа в центре участка «ожога» появилось белое пятно, а через 3,5 часа на этом месте образовался волдырь (рис. 71).

П. С. Сумбаевым (1948) путем внушения во внушенном сне были вызваны самые разнообразные кожные трофические расстройства: «ожоги», «отморожения», «острый отек», «высыпания», а также «пигментация».

В. А. Бахтиаров (1928) описал случай внушения во внушенном сне мнимого удара, нанесенного по тыльной поверхности правого предплечья. Через несколько часов после этого на этом месте возник кровоподтек. Наблюдение было произведено в хирургической клинике Саратовского медицинского института в присутствии проф. Краузе.



Рис. 71. Картина ожога II степени, полученного путем словесного внушения в гипнотическом сне.

В связи с этими исследованиями становятся понятными описанные в литературе «самопроизвольные» местные кровоточащие изъязвления, возникавшие у так называемых стигматиков. Отношение к этим явлениям было самое различное. Так, вызванная Е. Вебером (1910) путем словесного внушения сосудистая реакция была названа Гейером (Heyer) «поразительной». Все эти «непонятные», «поразительные» явления, вплоть до стигматических, получают объяснение в работах В. М. Бехтерева (1914), И. С. Цитовича (1916), В. М. Бехтерева и В. Н. Мясищева (1928) и, наконец, становятся вполне понятными в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

Отметим далее, что физиотерапевтом Г. Л. Каневским в 1957 г. при нашем участии экспериментальным путем была получена эритема на коже предплечья испытуемого, что было осуществлено путем соответствующего речевого внушения, делавшегося человеку, находящемуся в состоянии внушенного сна. Ему внушалось, что на данный участок ега кожной поверхности оказано воздействие эритемной дозы ультрафиолетовых лучей. Все это было осуществлено через несколько дней после реального воздействия эритемной дозы тех же лучей на кожную поверхность живота с возникновением здесь эритемы. Эритема, полученная на коже предплечья путем внушения, почти не отличалась по своей интенсивности и характеру от эритемы, возникшей после реального облучения.

Итак, из всего приведенного нами материала видно, что кожная трофика также может быть подвержена влияниям через кору мозга путем словесного внушения, приводящим в одних случаях к возникновению дерматозов, облысений, волдырей и пр., а в других – к их устранению.

Какие же физиологические механизмы лежат в основе этих явлений? Ответ на этот вопрос мы находим в основном положении И. П. Павлова о том, что большие

полушария головного мозга «держат в своем ведении все явления, происходящие в теле», хотя нам и кажется, что многие функции организма «идут совершенно без влияния больших . полушарий».

При этом в коре мозга имеется представительство «не только деятельности всех органов, но даже и отдельных тканей». Вместе с тем кожа, по его словам, «является проекцией мозговой массы», а различные точки кожи – в свою очередь «проекцией точек мозга». Именно поэтому, как говорит И. П. Павлов, на коже можно, например, с точностью проследить процессы иррадиации и концентрации внутреннего торможения, происходящие в коре мозга.

Стигматы – знаки. Этим словом обычно обозначают кожные симптомы, возникающие у некоторых лиц, страдающих истерическим неврозом. В литературе так принято называть местные кожные кровоточивые изъязвления, появляющиеся во время религиозного экстаза. Лица, имеющие такие кровяные стигмы, назывались стигматиками.

Таким образом, через кору мозга (через ее вторую сигнальную систему) мы можем оказывать воздействие на кожную трофику, в частности на происходящие в коже локальные тканевые процессы.

Об этом свидетельствуют, например, случаи мнимой, самовнушенной беременности, когда, как говорит И. П. Павлов, «масса процессов, относящихся к деятельности таких пассивных тканей, как жировая, возникают, усиливаются под влиянием полушарий».

О связи коры головного мозга с кожными покровами говорят и клинико-экспериментальные исследования. Так, диссертация П.Ф.Бедненко (1958), написанная на основании огромного материала психиатрической клиники, показала, что при шизофрении кожные реакции на некоторые раздражители (никотиновая кислота, аллергены) отражают состояние высших отделов головного мозга, в частности интенсивность и экстенсивность коркового торможения. При этом оказалось, что при активном лечении определенных форм шизофрении можно было у одного й того же больного проследить изменение данных, полученных во время болезненного состояния и после ремиссии и выздоровления, т. е. когда его корковая динамика уже несколько нормализовалась. Таким путем, по образному выражению автора, можно «читать» на коже как полное, так и неполное торможение, с фазовым состоянием.

Эта связь коры мозга и кожи была подтверждена клиническими наблюдениями: улучшению психического состояния больного отвечала нормализация кожных реакций на соответствующие химические раздражители.

Дерматологам все это может дать ключ к пониманию физиологических механизмов, лежащих в основе положительной эффективности речевой терапии некоторых дерматозов, ибо, **тонизируя кору мозга, мы тонизируем и кожную тканевую динамику и наоборот.**

ГЛАВА XIV

СЛОЖНЕЙШИЕ БЕЗУСЛОВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ

Инстинкты, как показывает подробный анализ,– те же самые рефлексы, только обыкновенно несколько более сложные в их составе.

И. П. Павлов

Инстинкты

Можно ли путем словесного внушения оказать прямое воздействие на инстинктивную деятельность? Можно ли с помощью слова повлиять на инстинкт сохранения жизни или на половой инстинкт, перестраивая эти сложные врожденные рефлекторные деятельности организма или. внося в них те или иные изменения?

Мы можем дать положительные ответы также и на эти вопросы. Возможность прямого воздействия слова на инстинктивную деятельность мы наблюдали неоднократно.

Бывают случаи, когда жизнь человека подвергается смертельной опасности, что влечет за собой острое перенапряжение корковой и подкорковой динамики, обусловленное совершенно непреодолимым проявлением силы основного инстинкта – инстинкта сохранения жизни. В значительном числе случаев это приводит к возникновению-невротического состояния, иногда приобретающего характер зафиксировавшегося на несколько лет навязчивого, остро переживаемого страха смерти (танатофобия).

Приводим ряд примеров, говорящих о том, что возникший таким путем навязчивый страх смерти может быть устранен воздействием словесного внушения, содержание которого будет, конечно, зависеть от особенностей каждого случая в отдельности. Таким путем последствия пережитой психической травмы обычно полностью устраняются, после чего инстинкт сохранения жизни вновь получает свой прежний нормальный характер.

1. Больной О., 42 лет, обратился к нам с жалобами, что он не может самостоятельно ходить по улице (вообще по широким пространствам), так как боится

«умереть от паралича сердца». При попытке ходить самостоятельно появляются сердечные перебои, учащенное сердцебиение и непреодолимое чувство страха умереть от остановки сердца («Вот сейчас остановится, упал и готов!»). Состояние тревоги и страх смерти от паралича сердца упорно держатся в течение 7 лет.

Заболевание возникло в апреле 1919 г., когда белыми был приговорен к расстрелу. В результате ужаса перед ожидавшейся смертью появились резкое учащение сердцебиения, перебои и боли в области сердца.

Приговор был отменен. Однако сердцебиения и перебои продолжались.. В течение месяца лечился в санатории, но без успеха: не может переносить одиночества, из-за сердцебиений никуда далеко не ходит. В дальнейшем ежегодно лечился в санатории и поликлинике с кратковременным успехом. С начала 1925 г. сердцебиения стали затихать, с сентября того же года прекратились. Остался «страх смерти от паралича сердца», из-за чего всегда должен ходить в сопровождении кого-нибудь, так как при попытке идти в одиночку его охватывает непреодолимый ужас, появляется сердцебиение и мысль о немедленной смерти.

После проведенной нами разъяснительной беседы перемены к лучшему не произошло, так как разговор о состоянии сердца еще больше взволновал больного. На следующий день проведен сеанс психотерапии во внушенной дремоте. Сделано внушение о невредимости сердца и о забвении пережитого в 1919 г. На следующий день больной отметил значительное улучшение: впервые ходил самостоятельно по городским улицам, сердцебиений, перебоев и страха не было. На 3-й день повторены те же внушения в глубокой дремоте, утром и вечером. После 5-го сеанса уехал домой уже без сопровождения товарища, которого отпустил, решив обратно ехать самостоятельно. В своем письме больной писал: «На 2-й день по приезде домой в 7 часов вечера пошел в поликлинику самостоятельно, без провожатого, а поликлиника от меня около 2 км. Страха не испытывал, а раньше мог ходить только с провожатым. Если бывают сердечные толчки или появляются тревожные мысли, или начинает биться сердце, то я мобилизуюсь для борьбы, вспоминая ваши слова». В последующих письмах он сообщал: «Настроение преобладает в общем хорошее, веселое, увлекаюсь занятиями в Коммунистическом университете». Через год посетил нас, сообщив о хорошем состоянии (наблюдение автора).

Остановимся на небезынтересном во многих отношениях случае припадков эпилептического характера, обусловленных острым перенапряжением инстинкта сохранения жизни.

2. Больной Б., 25 лет, в марте 1929 г. обратился с жалобами на припадки, начинающиеся с ощущения жара во всем теле, удушья, потери сознания и судорог, с последующим чувством слабости и разбитости. Длительность припадка, по словам больного, 15-20 минут. Заболел в октябре 1925 г. при следующих обстоятельствах: в его дыхательное горло попала пилюля, которую удалось извлечь минут через 20-30, вследствие чего перенес сильный страх смерти. В тот же день с ним произошел припадок, наступлению которого предшествовал приступ страха с комплексом ощущений, испытанных им во время несчастного случая. В дальнейшем этот комплекс всегда предшествовал припадкам, являясь, таким образом, аурой. Первое время припадки повторялись 1-2 раза в месяц, а в дальнейшем дошли до 5-7 раз в месяц, возникая без всякого внешнего повода и всегда с одной и той же аурой – реакцией на пилюлю.

Во время сеанса психотерапии больному была разъяснена причина возникновения его припадков, а затем было сделано соответствующее внушение в дремотном состоянии. Беседа подействовала благотворно, он «воспрянул духом», появилась вера в выздоровление, а при следующем посещении заявил, что «так хорошо чувствовал себя только до заболевания». Сеансы внушения в дремотном состоянии производились сначала 2 раза в неделю, а затем реже. С начала лечения и по октябрь 1929 г. припадков не было, больной чувствовал себя вполне хорошо (наблюдения Ф. Б. Цейкинской).

Переходим к заболеваниям, при которых нормальный инстинкт жизни угнетен или даже полностью утрачен.

Как отмечает И. П. Павлов, **«жизнь перестает привязывать к себе, как только исчезает цель».** При этом при продолжительном ограничении основных влечений и основных рефлексов «падает даже инстинкт жизни, привязанность к жизни». В результате рефлекс цели в жизни «может ослабнуть и даже быть совсем заглушён обратным механизмом», что мы и видим в записках, оставляемых самоубийцами: они «прекращают жизнь, потому что она бесцельна».

Путем воздействия словом мы имеем возможность восстановить утраченный инстинкт сохранения жизни и вернуть человеку интерес к ней и к ее целевой направленности. Иллюстрируем это примерами из нашей врачебной практики.

1. Больная Ф., 37 лет, учительница, обратилась к нам с жалобами на угнетенное состояние, раздражительность, постоянные головные боли, частые слезы, тревожный сон с кошмарами, безотчетный страх, боязнь остаться одной, внутреннюю тревогу, отсутствие интереса в жизни. Общество людей ее тяготит, она его избегает, занятия в школе с учениками, по ее словам, для нее «составляют пытку». Последние месяцы одолевает тоска, мысль о самоубийстве; совершенно неработоспособна. Заболела год назад после смерти матери, которая скончалась во время одной из ссор этой больной с мужем, отношения с которым были плохими. Считая себя виновницей смерти матери, больная до сих пор не может с этим примириться, мысли о матери, ради которой она жила и трудилась, неотступны. С мужем развелась.

Медикаментозное лечение безрезультатно, успокоения и убеждения больную волнуют еще больше. Напоминание о матери вызывает резко отрицательную мимико-вегетативную реакцию. Успокаивающая и убеждающая психотерапия в бодрственном состоянии, естественно, была невозможна. Мысли о самоубийстве были настолько упорны, что возникло намерение направить ее в психиатрическую больницу. Но предварительно была применена психотерапия во внушенной дремоте, во время которой делалось внушение о неосновательности самообвинения, спокойном отношении к случившемуся. Вместе с тем внушались бодрость и стойкость, хороший сон, интерес к жизни.

После 1-го сеанса такого мотивированного внушения в дремотном состоянии больная хорошо спала всю ночь, а весь следующий день, по ее словам, «чувствовала себя обновленной, о матери ни разу не вспоминала, была все время на людях, настроение хорошее», причем «если вчера была апатична и безразлична, то сегодня бодра, энергична, с верой в свои силы!» На следующий день проведен 2-й сеанс, повторены те же внушения. После этого больная уехала. Она писала нам, что чувствует себя «хорошо во всех отношениях: бодра, жизнерадостна, энергична, работоспособна, действительно как бы обновленная». Была под наблюдением в течение года, катамнез оставался положительным (наблюдение автора).

Таким образом, явление острого перенапряжения инстинкта жизни, как и угнетение этого инстинкта, может быть устранено, а инстинкт сохранения жизни может быть восстановлен и приведен в нормальное состояние путем словесного воздействия. Тем самым область врожденной, безусловной, инстинктивной деятельности также может перестраиваться под прямым воздействием импульсов, идущих через вторую сигнальную систему. Это вновь подтверждает правильность воззрений школы И. П. Павлова о ведущей, определяющей роли коры мозга во всех деятельностях организма.

Согласно учению И. П. Павлова, <u>для полного и правильного, плодотворного проявления каждого инстинкта «требуется известное его напряжение». Перенапряжение инстинкта или длительное «истязание» его (например, вследствие невозможности его реализации) может обусловить возникновение невротического состояния.</u>

Приводим наблюдения по устранению словесным воздействием последствий длительного «истязания» материнского инстинкта.

1. Больная М., 27 лет, страстно желавшая иметь ребенка, внезапно потеряла его через месяц после родов (умер от пневмонии). Впала в глубокое депрессивное состояние с бредовыми явлениями, диссомнией, чувством потери смысла жизни, гипнагогическими галлюцинаторными явлениями (засыпая, тотчас вскакивает, так как явственно слышит крик своего ребенка). Обратилась с жалобой на это состояние, длящееся уже 5 месяцев. Больная находилась в одиночестве, ее муж длительное время был в дальней командировке.

Проведено 4 сеанса внушения во внушенном сне, которыми депрессивное состояние и сопутствующие ему явления были устранены. Была под наблюдением в течение 6 месяцев, относительно спокойна, рецидивов не было, приступила к работе (наблюдение автора).

2. Больная К., 41 года, обратилась в диспансер с жалобой на состояние депрессии и галлюцинации (видит сына, втягиваемого в канализацию), длящиеся в течение 8 месяцев, с того дня, когда трагически погиб ее 8-летний сын (был втянут потоком воды в канализацию). Тяжелая депрессия, яркая зрительная галлюцинация, повышенная раздражительность, не выносит шума, стуков, тягостна для окружающих, апатична. Ежедневно температура 37,2-37,5° (чего раньше не было), бессонница, общее истощение. Диагноз: реактивная депрессия с галлюцинацией и эмоциогенной гипертермией.

Проведена гипносуггестивная терапия. После первого же сеанса внушения во внушенном сне (средней глубины) и получасового гипноза-отдыха началось улучшение. Проведено 8 сеансов с хорошим результатом. Температура нормализовалась. Больная стала более уравновешенной, вспоминает о сыне спокойнее, лучше спит, лучше относится к своему младшему сыну, стала обращать внимание на себя, на окружающих, на кладбище ходит значительно реже (не ежедневно, как прежде) и там проявляет большее спокойствие (наблюдение автора).

Приведем пример эффективного словесного воздействия, проведенного в целях устранения возникшего извращения материнского инстинкта.

3. Больная К., 30 лет, замужем, обратилась с жалобами на мучительное навязчивое стремление задушить собственного 8-месячного грудного ребенка, возникшее со дня его рождения и обостряющееся преимущественно во время кормления. К своему ребенку испытывает «тупое чувство». Невыносимо мучительное состояние «бесплодной борьбы» со своим навязчивым стремлением заставило обратиться за помощью к врачу.

Этиологического комплекса вскрыть не удалось и психотерапия была проведена чисто симптоматически. Больная оказалась хорошо гипнабильной. Во внушениях, проводимых во внушенном сне, разъяснялась несуразность ее влечения и внушалось материнское отношение к ребенку. После 3-го сеанса было отмечено ослабление навязчивого влечения и пробуждение внимания, чувства жалости и нежности к ребенку. После 7-го сеанса почувствовала себя совершенно здоровой. Была под наблюдением один год.

Особый интерес данного случая невроза навязчивости заключается в том, что истинная причина навязчивого влечения была выяснена лишь через 23 года после выздоровления. Обратившись в диспансер по другому поводу, она нам о прежней своей жизни рассказала следующее: имея сына от первого мужа, вышла замуж вторично, так как хотела «дать отца своему сыну». Второй муж оказался хорошим человеком, оправдал ее надежды, она питала к нему дружеские чувства, дорожила им как человеком и ценила как «отца» первого сына. Сексуального влечения к нему у нее не было, беременности избегала из боязни, что у мужа изменится отношение к ее сыну. Забеременев по настоянию мужа, она стала испытывать отвращение к будущему ребенку. После рождения его развилось непреодолимое влечение задушить его. Впоследствии же своего второго сына, в отношении которого проявилась указанная навязчивость, она очень любила (наблюдение автора).

В данном случае в основе развития навязчивости лежал сниженный тонус коры мозга, вызванный угнетенным состоянием (нежелание иметь новую беременность). На этой основе у лица, по-видимому, принадлежащего к слабому общему типу высшей нервной деятельности, кора мозга находилась в переходном, фазовом состоянии, с преобладанием ультрапарадоксальной фазы (что, по И. П. Павлову, и ведет к ослаблению у больных понятия противоположения) .

Таким образом, извращение материнского инстинкта также может быть устранено путем соответствующего словесного воздействия.

Переходим к вопросу о том, можно ли путем речевого воздействия устранять разнообразные функциональные нарушения высшей нервной деятельности, связанные с половым инстинктом. Эти нарушения могут развиваться по различным физиологическим механизмам: по механизму навязчивости в случае неосуществимой или же обманутой любви, с одной стороны, и по механизму кортико-висцеральной патологии, в виде психогенного расстройства функции половой сферы – с другой.

Остановимся на рассмотрении картины патологического реактивного состояния, вызванного остро переживаемым сексуальным влечением. Как мы знаем, такая ситуация нередко приводит к тяжелым внутренним конфликтам, иногда кончающимся трагически. Однако эти тяжелые личные переживания врачами обычно расцениваются как «естественные» при определенных условиях человеческих отношений, причем врач ограничивается советом «взять себя в руки», «отвлечься» и т. п., а в арсенале медикаментозных средств, какими врач располагает, обычно для их устранения нет ничего, кроме бромидов или валерьяновой настойки. Вследствие этого врач в таких случаях нередко оказывается в роли немого свидетеля, бессильного чем-либо помочь, если только он не владеет методами психотерапии.

1. Больная К., 33 лет, обратилась к нам с жалобами на тяжелое душевное состояние и со своеобразной просьбой, сначала озадачившей нас, а затем живо заинтересовавшей. Весь ужас ее положения заключался в следующем.

Любя и уважая своего мужа как человека, имея от него 10-летнюю дочь, любя свою семью, она стремилась к полному семейному счастью и все же его не имела, смутно чувствуя, что ей «чего-то не хватает»: у нее не проснулось сексуальное чувство к мужу. И вот теперь это весьма бурное чувство у нее возникло, но оно было обращено не к мужу, а к его двоюродному брату, поселившемуся незадолго до того в их квартире. После долгой и мучительной борьбы она поддалась охватившему ее порыву и поняла, «чего ей не хватало для личного счастья». Несмотря на любовь к мужу, – ее стало безудержно тянуть к другому человеку, с которым ее связывало чувство совсем иного порядка. Создался чрезвычайно тяжелый внутренний конфликт, самостоятельно освободиться от которого она не имела сил. Это привело ее к мысли о самоубийстве. Лишь вопрос о судьбе дочери удерживал ее от этого шага.

К., явилась к нам с совершенно необычной просьбой: «дать для ее личного счастья то, чего ей не хватало, получить от мужа то, что она имела от другого, забыть последнего, как и все, что связано с ним». Имея некоторый опыт в аналогичных, но менее сложных случаях конфликтных отношений, мы не были, однако, уверены в положительном результате психотерапевтического вмешательства в сферу столь интимных отношений –оказания прямого, направленного влияния на сексуальный инстинкт. Тем не менее мы решились применить психотерапию. Интересующую нас часть этого наблюдения приводим в виде выдержек из дневника, который больная по нашей просьбе систематически вела в течение всего этого времени.

«16 октября. Многие тяжелые условия привели мою нервную систему в состояние, трудно поддающееся лечению. Почти 2 года я страдаю от физической

и психической двойственности, страдаю не только душой, но и телом, часто целыми днями лежу из-за мучительных головных болей, вся разбитая, бессильная, лишенная сна. Пришлось оставить любимую, вдохновлявшую прежде работу. Лечение у различных врачей не облегчает, и лишь мысль о самоубийстве меня успокаивает. Когда же мои мысли останавливаются на ребенке, и самоубийство становится невозможным, мною овладевает неизъяснимое отчаяние... Что мне делать? Где спасение? Я хочу покоя, но нет его нигде...

17 декабря. Я нашла успокоение. После 1-го сеанса гипноза мне сразу стало лучше... Светлеют мысли... Я значительно спокойнее.

18 декабя. 2-й сеанс дал мне ночной сон и мягкость настроения... О «нем» не думаю...

19 декабря. После 3-го сеанса была у друзей, которых до того не могла видеть, как и всех остальных... Тяжело мне было быть на людях... С радостью пошла к ним... здесь был и муж, от которого мне не хотелось отходить...

2 января. Сеансы гипноза возвращают мне сон, дали мне приятные сновидения взамен кошмарных... Волнующих меня мыслей о «нем» почти нет. Я настаиваю, чтобы «он» оставил меня... чтобы он женился... Спокойна, когда он уходит из дому с целью вызваать во мне ревность. Сегодня ночью на его звонок я даже не вздрогнула, я к нему холодна... Я спокойно реагирую на проявление отелловской ревности с его стороны, на безумное его желание возвратить меня к себе, на его до виртуозности доходящие угрозы...

10 февраля. Физическая близость с мужем становится для меня все приятнее, все нужнее... К насильственным ласкам «того» я безразлична, и они становятся даже неприятными...

I5 февраля. Сама удивляюсь своей стойкости и спокойствию при наших сложных условиях: общая квартира с ним, физическое его превосходство, его темперамент, его назойливость, его страдания, его угрозы

27 февраля. Я не узнаю себя... Вчера, ожидая к себе мужа, как будто ждала его впервые после долгой томительной разлуки... как будто я никогда не испытывала с ним прозы и неудовлетворенности. Я и муж мой счастливы... Получила всего лишь 8 сеансов, и как много они мне дали!

5 марта. Прошлое, хорошее и дурное, как эхо, слышится где-то далеко. Я живу новой жизнью... Я могу читать, писать, мыслить, заботиться о семье и не думать о смерти.

17 марта. 11-й сеанс... Да, я выздоровела... То, что казалось в «нем» прекрасным, теперь раздражает... В прошлое не верится. Кажется, что не я сама пережила все, что было, что кто-то мне рассказывал о трагикомической, безумно нелепой любви.

26 марта. Я зла на «того», кто был причиной наших общих семейных несчастий. Теперь я живу только мужем и дочерью. Только о них хочется думать и заботиться, только с ними радоваться и горевать. За прошлое готова броситься перед мужем на колени... А «он» предъявляет мне ультиматум: или возвратить ему любовь, или я буду лежать в луже своей крови... Даже это меня не страшит и не трогает.

31 марта. Только теперь, после 12-го сеанса гипноза, я поняла и осязательно почувствовала, как невысок его интеллект, как мы расходимся идеологически и как не нужна и гибельна была эта связь. О «нем» не хочется больше ни писать, ни говорить...

15 мая. Вот уже 1,5 месяца живу без сеансов. Я имела достаточно времени, чтобы проанализировать свои чувства к мужу и к «нему». К мужу у меня глубокое, цельное чувство, какого до лечения гипнозом не было... А к «нему»? «Он» для меня не существует, и я в отношении его даже жестока».

Впоследствии нам стало известно, что К., даже способствовала женитьбе объекта своего прежнего страстного влечения.

Мы умышленно привели выдержки из дневника самой больной, чтобы лучше проследить развитие метаморфозы, происшедшей в характере высшей нервной деятельности женщины под влиянием произведенной нами перестройки сильнейших положительных сексуальных условных рефлексов, связанных с определенным лицом, в тормозные, отрицательные, а сексуально-нейтральные для нее раздражители, связанные до того со всем обликом ее мужа, – в положительные.

Все это определило новое отношение со стороны больной к этим двум конкурирующим раздражителям. Каков же физиологический механизм, лежащий в основе возникшего невротического состояния? Как мы видим, создавшаяся ситуация требовала длительного острого перенапряжения основных корковых процессов у лица, по-видимому, принадлежащего к сильному неуравновешенному типу высшей нервной деятельности и художественному частному. Это был случай «трудной встречи», выйти из которой оказалось возможным лишь путем перестройки отношений и переключения сексуального инстинкта. Эта задача и была выполнена при помощи 12 сеансов комбинированной психотерапии (наблюдение автора).

С аналогичными переживаниями мы встречаемся и в следующем наблюдении, когда словесная терапия устранила такую же ненормальность развития полового влечения, имевшую место у мужчины.

2. Больной О., 32 лет, обратился в диспансер с жалобами на тяжелое нервно-психическое состояние, связанное с сильным половым влечением, испытываемым им к жене его брата, не шедшей навстречу его вожделению. Много раз в порыве озлобления пытался убить ее. В то же время к своей собственной жене не проявлял никакого интереса. Жизнь в семье стала невыносимой.

После 6 сеансов мотивированного словесного внушения, произведенного в состоянии внушенного сна, влечение к жене брата и чувство злобы к ней совершенно исчезли. Наряду с этим появилось длительно отсутствовавшее нормальное влечение к своей жене. Катамнез положительный, без каких-либо рецидивов, прослеженный в течение 2 лет (наблюдение 3. А. Копиль-Левиной).

Переходим к рассмотрению природы и патогенетических факторов развития невротического заболевания, обусловленного неосуществимостью возникшего неодолимого любовного влечения. По этому вопросу И. П. Павлов говорил, что «...длинный ряд жизненных ударов, как потеря дорогих лиц, обманутая любовь и

другие обманы жизни», связанные с «истязанием чувства собственного достоинства», «вызывают у слабого человека сильнейшие реакции с разными ненормальными, так называемыми соматическими, симптомами».

По словам И. М. Сеченова, такая непреодолимая страсть «ведет роковым образом ко всяким так называемым самопожертвованиям, т. е. может в человеке идти наперекор всем естественным инстинктам, даже голосу самосохранения», причем «...этого рода явления в сущности суть рефлексы, только осложненные примесью страстных элементов» (разрядка наша. – К. П.).

В случае неосуществимости влечения, нередко приобретающего характер неодолимой навязчивости, развивается заболевание в форме невроза (К. И. Платонов, 1925, 1926). В его основе лежит механизм концентрированного раздражения определенного пункта или района больших полушарий, вызванного эротической эмоцией, имеющей в своей первооснове мощный стимул со стороны сексуальной сферы.

Мы имеем в виду напряженное чувство, неотступное эротическое влечение, которое или отвергается, или же по каким-либо иным причинам не может быть реализовано.

Такая преобладающая и неодолимая эмоция, остающаяся неудовлетворенной, может привести к острому перенапряжению нервных процессов коры мозга и ближайшей подкорки и вызвать срыв высшей нервной деятельности, проявляющийся в форме острой реактивной депрессии, иногда приводящей к катастрофической развязке.

Следует подчеркнуть, что при такого рода «эрогенном» невротическом состоянии больной нередко остается без всякой лечебной помощи, ибо не только сам врач не находит нужным опросить больного в этом направлении, но и больной считает это свое состояние «стоящим вне возможностей врачебного воздействия». Часто бывает и так, что больной в силу понятной застенчивости не решается быть откровенным с врачом в области столь интимных переживаний, к тому же связанных с огромной эмоциональной напряженностью, сила и значение которой легко могут недооцениваться врачом.

Такие переживания нередко служат источником тяжелого срыва высшей нервной деятельности, подчас доводящего до суицидальной развязки. Можно полагать, что в этих случаях речь идет о прочно зафиксировавшейся сложной динамической структуре, крайне тяжело отражающейся на всем характере высшей нервной деятельности. Это проявляется чувством тоски, внутреннего разлада, апатии, острой ревности, сопровождаясь различными, чрезвычайно мучительно переживаемыми компонентами со стороны вегетативной нервной системы, и может вести к угнетению деятельности наиболее важных отделов коры мозга, представляющих, как говорит И. П. Павлов, «коренные интересы всего организма, его целости, его существования».

При наличии такого остро и напряженно развившегося невротического депрессивного состояния, вызванного столь деликатным и интимным по своему характеру переживанием, ни фармакотерапия, ни гидротерапия, естественно, не дают эффекта. В то же время психотерапия, проведенная в бодрственном или в

дремотном состоянии, или во внушенном сне, в большинстве случаев в весьма короткий срок дает положительный и радикальный эффект.

Последнее обстоятельство явно противоречит утверждению известного швейцарского психиатра и гипнолога Фореля (1910), говорящего о том, что «напрасно было бы внушать влюбленной девушке ненависть и антипатию к ее возлюбленному, так как чувство половой любви гораздо могущественнее, чем влияние постороннего внушения». Форель, видимо, не имел в виду того, что в этих случаях успех лечения обеспечивается желанием самого пациента избавиться от своего чувства.

Яркой иллюстрацией эффективности психотерапии могут служить наши наблюдения, касающиеся 52 лиц (12 мужчин и 40 женщин), страдавших «эрогенным» невротическим состоянием, причем у 30 человек успех лечения был исключительным: патологическое состояние не только полностью ликвидировалось, но было устранено или резко ослаблено и самое чувство. У 12 лиц успех был частичный (облегчение) и лишь у 10 эффекта не было. Причина заключалась в том, что у троих из них не было желания лечиться, семеро остальных не поддавались гипнозу, психотерапия же, проводимая в бодрственном состоянии, успеха у них не имела.

Наиболее частыми причинами эрогенного депрессивного состояния у наших больных были: неудачная первая любовь, оставшаяся без взаимности, или же осложненная теми или иными препятствиями к браку, уход любимого человека (мужа, жены), моральная неполноценность объекта влечения, сознание неприемлемости чувства из-за большой возрастной разницы, душевной болезни и т. п., второе замужество при наличии сохраняющегося чувства любви к первому мужу и выраженном стремлении избавиться от этого чувства, разрыв, происшедший в силу несходства характеров, но при наличии у обоих прежнего чувства, и пр.

Недоучет врачом этих этиологических факторов неизбежно ведет его по ложному пути. Так, один наш 45-летний больной, страдая эрогенным невротическим состоянием, безрезультатно лечился в поликлинике в течение 6 месяцев как страдающий артериосклерозом. После выяснения истинной причины заболевания и комбинированной психотерапии больной выздоровел. Эффект такой терапии обычно стоек и радикален.

Приводим относящиеся сюда наблюдения.

1. Больная М., 28 лет, за полгода до обращения в диспансер внезапно была покинута мужем, к которому продолжает питать сильное чувство. Находится в угнетенном состоянии, страдает психогенными зрительными и слуховыми галлюцинаторными явлениями (образ и голос мужа), продолжающимися в течение 6 месяцев. Совершенно избавлена от этого состояния 5 сеансами психотерапии, в которых внушалось безразличие к мужу и полное выздоровление. Положительный катамнез 22 года (наблюдение А. Е. Бреслава).

2. Больная Н., 21 года, обратилась с жалобами на угнетенное состояние, тоскливость, чрезмерную раздражительность, отсутствие интереса к жизни, мысли о самоубийстве, плохой сон, бессонные ночи, полное отсутствие аппетита, резкое

похудание. Больна несколько месяцев. Причина–чувство влюбленности в человека, чрезвычайно аморального и стоящего во всех отношениях ниже нее, что вызывает «мучительные переживания». Самостоятельная борьба с чувством и помощь в этом направлении окружающих безрезультатны; просит избавить ее от этого чувства.

Разъяснительная психотерапия положительного эффекта не дала. В течение 5 сеансов мотивированного словесного внушения во внушенном сне чувство влюбленности постепенно исчезло, причем восстановились сон, аппетит и прежнее хорошее настроение, а через 2 недели после начала лечения больная почувствовала себя «полностью освободившейся от своего кошмара». Положительный катамнез 2 года: здорова, бодра, жизнерадостна, успешно окончила художественное училище, об «объекте тяжелой любви» никогда не вспоминает. Таким образом, с помощью психотерапии была устранена основная причина этого сложного реактивного страдания. Впоследствии полюбила другого человека и вышла за него замуж (наблюдение автора).

3. Больной Х., 32 лет, обратился с жалобами на бессонницу, утрату интереса к жизни, резко упавшую трудоспособность, потерю аппетита, исхудание. Связывает это состояние с «охватившим его чувством страстной любви» к одной из сотрудниц по службе. Бесплодная борьба с этим чувством, по его словам, «терзает» его в течение последнего месяца, причем его «страдания чрезвычайно мучительны».

Пришел с просьбой «помочь избавиться от этого чувства и вновь стать трудоспособным». Приводим его слова: «Она с первой встречи завоевала меня, – говорил он с волнением. – Первое время относилась ко мне доброжелательно, будто оказывая мне внимание и предпочтение, и я был в плену чувства к ней... Ни минуты не мог быть без нее... Я жил и живу для нее. И дрожу, когда ее вижу... Вскоре я заметил, что она начала встречаться с другими... появилась ревность... начал терять самообладание... это плохо отражалось на моей работе... Причем, когда я видел ее с другими оживленной, у меня начиналось сердцебиение, краснело и горело лицо, кружилась голова, так что сослуживцы часто принимали меня за пьяного... Все связанное с ней приводило меня в трепетное состояние. Но она надо мной издевалась, кокетничая с другими. Узнав о ее новом романе, я совсем потерял голову. Сослуживцы уговаривали меня перестать думать о ней. Наконец, я решился на это, но забыть ее не мог: я не представлял себе жизни без нее, хотя и сознавал, что по умственному развитию она мне не пара и к тому же некрасива, но... меня тянуло к ней, и я был бессилен уйти от нее...»

Мы провели психотерапию в дремотном состоянии. Во время 1-го сеанса, когда больной лежал с закрытыми глазами и слушал слова внушения, он, по его словам, «страдал, когда говорили, что он ее забудет». Но придя через неделю на 2-й сеанс, сообщил, что чувствует значительное улучшение. Несмотря на ежедневные встречи с ней после службы, влечение к ней стало значительно слабее, общее самочувствие, аппетит и сон улучшились, чувства ревности не испытывает, несмотря на имеющиеся к этому основания. Придя на 3-й сеанс, сказал: «Хотя

я думаю о ней довольно часто и влечение к ней все еще имеется, но оно носит уже совсем иной характер». Если до начала психотерапии у него была неотступная, мучительная мысль о «ней» и всякое воспоминание вызывало «душевную и сердечную боль», то теперь этого нет. «Сейчас у меня больше силы воли», – заявляет больной. При этом его чувство также сделалось иным: «Она мне нравится уже как-то спокойно. Сейчас я уже учитываю, что она не устроит мою жизнь, а испортит ее!». Придя на 4-й сеанс, больной заявил: «Чувствую полное хладнокровие по отношению к ней, не хочется даже и думать, что она мне так нравилась. Я переродился, чувствую, что стал другим». Во время этого сеанса впервые была достигнута глубокая дремота. В последующие дни отметил. что после этого сеанса по ночам стал спать глубоким, крепким сном и что относится к «ней» совершенно спокойно. На ее приглашение зайти ответил отказом: «Мыслей о ней нет, настроение прекрасное». Наконец, после следующего сеанса заявил нам: «Чувства к ней нет и следа. Часто сижу и думаю: как может человек переродиться! Будто никогда ее не любил! И как-то странно подумать: как смог я избавиться от своего кошмарного состояния?»

После последнего, 8-го сеанса сообщил, что чувствует себя «окончательно избавившимся от своей мучительной болезни», причем восстановился нормальный сон, интерес к жизни, работоспособность и окрепла воля: «Я теперь тот же, каким был до болезни, влечения к ней уже нет, о ней и не думаю!»

Через 4 месяца демонстрировался на конференции врачей-психотерапевтов, продолжает хорошо себя чувствовать. Несмотря на частые встречи в служебной обстановке с бывшим объектом своей любви, он к «ней» совершенно равнодушен (наблюдение автора).

Нужно сказать, что в литературе почти нет указаний на наблюдения подобного рода. Только Молль (1909) в своей известной монографии вскользь упоминает «о вероятной возможности суггестивного воздействия на чувство влюбленности». Приведенные нами примеры говорят о том, что путем направленного словесного внушения можно оказывать воздействие на весьма глубокие и чрезвычайно напряженные процессы, происходящие в корково-подкорковой динамике, в частности в сфере сложных эмоционально-сексуальных переживаний человека.

Следует отметить, что тяжелое перенапряжение в сфере чувств при определенном стечении обстоятельств может создаваться и у людей с сильной уравновешенной нервной системой и приводить к отдельным истерическим реакциям. Однако и в таких случаях возможно полное восстановление высшей нервной деятельности.

Перейдем к рассмотрению второй группы сексуальных нарушений, развивающихся в форме функциональных расстройств половой сферы.

Нужно сказать, что этот вопрос долгое время был наименее разработанным. В затруднительном положении в отношении диагностики и терапии находились как урологи и гинекологи, так и психоневрологи. Не разбирались в них и венерологи, к которым ошибочно часть этих больных обычно попадала. Не понимая ни этиологии заболевания, ни лежащих в его основе физиологических механизмов, они были лишены возможности добиться надлежащего терапевтического эффекта и

лишь травмировали больных, так как еще больше фиксировали их внимание на нарушенной функции их полового аппарата, который, как правило, был в полном порядке, ибо патология лежала не в нем самом, а в нарушении корковой динамики. Отсюда ясно, что всякого родя местные средства (прижигания, бужирования, массаж предстательной железы, гормональная терапия) помочь не могли, ведя, наоборот, к еще большей фиксации возникшей в коре мозга патологической динамической структуры.

Только в самые последние годы стало, наконец, общепризнанным, что больными этой категории должны заниматься психотерапевты.

Нужно сказать, что В. М. Бехтерев, опираясь на данные своих наблюдений, еще в 1922 г. говорил о том, что «темные вопросы сексуальной патологии будут для нас значительно яснее... с применением к ним рефлексологического метода исследования или метода развития сочетательных рефлексов». В. М. Бехтерев пришел к заключению, что такие половые расстройства, как преждевременная эякуляция, импотенция, так и всякого рода сексуальные извращения (фетишизм, мазохизм, садизм, гомосексуализм, инфантомания и др.), развиваются по механизму сочетательных (условных) рефлексов. Он считал эти расстройства психогенными и потому подлежащими психотерапии, которую следует применять как в бодрственном состоянии, так и во внушенном сне. В. М. Бехтерев указывал, что необходимо предварительно выяснить все относящееся к причине возникновения заболевания, а также те внешние условия, какие, по мнению самого больного, могли быть поставлены в связь с началом заболевания.

Наши наблюдения подтверждают высказанное В. М. Бехтеревым, ибо чаще всего, действительно, приходится иметь дело с внешними раздражителями, как положительными (возбуждающими сексуальное чувство), так и отрицательными (тормозящими, подавляющими влечение и приводящими к импотенции). Импульсы могут идти со стороны первой сигнальной системы (разнообразные первосигнальные раздражители, исходящие от лица противоположного пола), второй сигнальной системы (соответствующие слова, мысли, представления), причем в каждом отдельном случае может преобладать то одна, то другая сигнальная система. Не стремясь к широкому освещению сложной проблемы сексуальной функциональной патологии и условий ее развития ограничимся приведением некоторых типичных примеров, частично иллюстрирующих сказанное.

Так, правильность мнения В. М. Бехтерева о возможности развития сексуального извращения в форме влечения к лицу того же пола под влиянием средовых воздействий, по-видимому, достаточно хорошо подтверждает следующее наблюдение.

1. В диспансер Центрального украинского психоневрологического института в феврале 1929 г. обратилась 23-летняя девушка В., работающая кассиршей, с жалобами на сильную любовь и не менее сильное чувство ревности, испытываемое ею по отношению к другой девушке. Это доставляет ей тяжелые переживания, совершенно нарушившие ее душевное равновесие и работоспособность. Положение особенно осложнилось год назад, когда девушка, к которой она была

привязана в течение 3 лет, «изменила» ей и тем заставила ее мучиться и страдать.

Приводим дословно составленное ею по нашей просьбе описание ее тяжелого душевного состояния: «С тех пор как Женя (так зовут эту девушку) меня бросила, я потеряла голову. Пропал сон, аппетит, по ночам плачу. На работе в кассе делаю просчеты. Вот уже год я ни секунды не имею покоя. Женю я преследую, хожу за ней по пятам, ревную ее к новой подруге, к которой она ушла от меня. Часами простаиваю, часто под дождем, у витрины кафе, где Женя работает, поджидая, когда она выйдет со своей новой подругой. Иду следом за ними и успокаиваюсь только тогда, когда они расстаются и Женя одна идет к себе домой. Ночами просиживаю под лестницей в подъезде, где находится ее квартира, поджидая, когда она утром выйдет. Когда Жени дома не оказывается, я начинаю ходить по ее знакомым, разыскивая ее, не находя себе места. Если на работе немного забываюсь, то после работы бесцельно блуждаю по городу, пока не выбьюсь из сил. Хочу ее разлюбить, но не могу. Видеться с Женей мне тяжело, но не видеться еще хуже».

В таком состоянии В. обратилась за врачебной помощью в поликлинику. Ей прописали бром и посоветовали взять себя в руки. Решив, что это не поможет, В. обратилась в психотерапевтическое отделение диспансера Украинского психоневрологического института.

О том, каким образом и при каких обстоятельствах возникла у неё эта ее влюбленность и привязанность к Жене, В. рассказала в проведенной нами анамнестической беседе. С раннего детства В. жила в тяжелых семейных условиях и часто бывала свидетельницей больших ссор между родителями. Сама она была, по ее словам, доброй, мягкой, уступчивой и отзывчивой девочкой, не по летам впечатлительной. В школе была в числе первых учеников. Ее семья терпела нужду, так как отец, будучи алкоголиком, пропивал заработок. В. тяжело переживала все семейные осложнения. В школе имела подруг, не чуждалась и общества мальчиков. Когда В. было 12 лет, одна из ее подруг стала играть с нею «в мужа и жену», подражая своим родителям в их интимных отношениях. Результатом этого явилась взаимная мастурбация, ставшая привычной. Ее подруга была красива, и В. к ней привязалась.

В 15-летнем возрасте В. поступила на работу в качестве домашней работницы. Здесь к ней стали приставать мужчины «со скверными намерениями», и В. стала их бояться и избегать («они стали мне противны»). На работе терпела от них оскорбления и унижения. В возрасте 18 лет вступила в половую связь с мужчиной, но это ее мало удовлетворяло. В. полюбила этого человека «первой чистой любовью», а он мучил ее и издевался над ней, а вскоре женился на другой.

Держась вдали от мужчин и к тому же считая себя уродливой, В., продолжая бороться со своим чувством к покинувшему ее человеку, стала принимать участие в общественной работе (работала к этому времени в столовой). Тяготясь своим одиночеством, сошлась с одним рабочим, обещавшим жениться на ней. Однако он оказался женатым, и она от него ушла. Поступила на работу в ресторан. Здесь и работала кассиршей Женя, которая была красивой и, по словам В., относилась к ней тепло и сердечно.

Но Женя занималась гомосексуализмом и склонила В. вступить с ней в извращенные половые отношения. Вначале В., по ее словам, питала к этому отвращение, оказывала сопротивление ласкам Жени, но затем «из чувства жалости к новой подруге», из «пассивной» сама сделалась «активной». Женя покупала ей подарки, они привязались друг к другу и были неразлучны. «Ведь у меня не было близкого друга,– говорила В., описывая свое тяжелое душевное состояние. Я была одна, а Женя дала мне возможность немного забыть о своем уродстве и говорила мне, что я хороший человек. Я ей во всем верила и меня тянуло к ней. У меня к ней было не только половое чувство, но и дружба. Мы с ней носили одинаковые платья, туфли и шарфы, во всем друг другу подражая. Я сильно полюбила Женю. Когда она была больна, я заменяла ее на работе и готова была ради нее почти на все... Даже на молодежное собрание я не ходила, если Женя говорила: «Не ходи!», и все терпела за нее. Если туфли ей жали, я давала Жене свои туфли, а сама надевала ее туфли, хотя они были мне совсем малы. Ногам больно, но я молчу, лишь бы ей было хорошо: ею только и жила».

Однако в дальнейшем В. стала сильно худеть, сделалась «раздражительной, плаксивой и злой». А когда Женя ей изменила, найдя себе другую подругу, у В. возникло тяжелое угнетенное состояние, полная утрата психического равновесия, неправильности в поведении, упала работоспособность. Вместе с тем В. стала сознавать ненужность и вред для ее здоровья их извращенной половой связи, как и самого чувства любви и ревности, какое она питала к Жене. С намерением избавиться от всего этого она обратилась в поликлинику.

Неврологический и органический статус: астения, бледность кожных покровов и слизистых, повышенность сухожильных рефлексов, тремор век, языка и вытянутых вперед рук. Строение тела по женскому типу, таз женский, вторичные половые признаки выражены хорошо.

В данном случае имелось возникшее по условнорефлекторному механизму половое влечение к лицу того же пола с чрезмерной привязанностью к своему объекту и ревностью. Это привело к развитию тяжелого истерического психотического реактивного состояния, особенно усилившегося после измены объекта ее любовной страсти. Здесь сыграли роль гомосексуальные переживания в отроческом возрасте, отвращение к мужчинам, испытанное ею в результате ряда неудачных для нее половых связей с ними, грубость с их стороны, сознание своей уродливости, одиночества в жизни, ласковость со стороны склонившей больную к половому извращению девушки.

Таким образом, в данном случае развитию извращенного гомосексуального влечения способствовала благоприятствовавшая этому средовая ситуация при нестойкости положительных социальных устоев, нормализующих поведение девушки, в основном имевшей нормальную, гетеросексуальную настроенность.

После ряда анамнестических бесед проведена психотерапия. Была разъяснена сущность заболевания и его причина, противоестественность влечения к лицу того же пола и связь тяжелого душевного состояния с этой сексуальной ненормальностью. Ей было предложено попытаться создать условия для нормального влечения к лицу другого пола. Больная оказалась хорошо гипнабильной. Были

проведены как мотивированные, так и императивные утвердительные внушения во внушенном сне, направленные на устранение влечения к лицу женского пола, прекращение какого-либо чувства к Жене и забвение ее. Вместе с тем прививалась нормальная сексуальная направленность к лицам противоположного пола. Сеансы речевой терапии заканчивались одночасовым гипнозом-отдыхом. На протяжении 2 месяцев было проведено 12 таких сеансов, причем 8 из них через каждые 2 дня. После 1-го же сеанса было отмечено заметное улучшение: в тот же вечер спокойно прошла мимо той витрины, у которой до того простаивала часами, встречи с Женей не искала. После 2 последних сеансов ее к Жене уже не тянуло.

Через 4 месяца В. сообщила о своем хорошем самочувствии во всех отношениях. Однако Женя снова пыталась привлечь ее к себе ласками и требованиями связи, посещая В. без ее разрешения. Слезы Жени и ее настойчивые домогательства чуть было не поколебали устойчивость В., но она нашла в себе силы противостоять им, после чего снова обратилась в диспансер за поддержкой. На протяжении 2 недель было проведено еще 4 сеанса, что окончательно поставило ее на ноги, она в течение 5 лет продолжала считать себя здоровой. Влечение к женщине сменилось влечением к мужчине. Через 2 года по выздоровлении она вышла замуж по любви, родила ребенка, занимала ответственную должность заведующей столовой, была уравновешена, спокойна в работе. В 1934 г. демонстрирована нами на конференции врачей Украинского психоневрологического института (наблюдение автора).

Таким образом, путем ряда сеансов гипносуггестивной психотерапии удалось устранить извращенное влечение к лицу другого пола, восстановить нарушенное этим состояние здоровья и работоспособность и помочь развитию нормальной сексуальной направленности.

Приводим примеры успешного применения психотерапии при других случаях сексуальной функциональной патологии.

2. Больной А., 29 лет, со здоровой наследственностью, обратился с жалобами на невозможность совершать половой акт вследствие быстрой эякуляции, которая наступала уже при, одном прикосновении. Его первая попытка иметь coitus в 20-летнем возрасте закончилась неудачей и с тех пор в течение 9 лет все попытки в этом направлении были неудачными, несмотря на наличие эрекции. Вследствие этого укрепилась мысль о половой неспособности, развилось тяжелое угнетенное состояние, отказался от мысли о женитьбе.

Проведено 4 сеанса психотерапии в дремотном состоянии: вселялась уверенность в возможность нормального акта и спокойное к нему отношение. Эффект получился положительный. А. женился, началась нормальная половая жизнь (наблюдение автора).

3. Больной 30 лет обратился с жалобами на полную импотенцию, от которой лечился электризацией, нарзанными ваннами и пр. Женат 2 года, жена остается девственной. Беспрерывные неудачи в течение 2 лет привели к тяжелому психическому состоянию и грозили разрушить семейные отношения, которые во всем

остальном не оставляли желать лучшего. Физиотерапия безрезультатна. Заболевание вызвано волнением во время первого сближения с женой, связанным с мыслью о возможной неудаче. Неудачная попытка к половому акту зафиксировала навязчивую мысль о половой несостоятельности. В дальнейшем каждая попытка совершить акт приводила к неизбежной неудаче. Обратился к нам за несколько дней до окончания безрезультатного курортного лечения в Кисловодске.

Проведено 6 сеансов словесного внушения в дремотном состоянии, причем внушение производилось с мотивированной ссылкой на физическое здоровье, необоснованность страха и волнений, полную уверенность в возможности совершения акта и т. д. Эффект получился положительный, семейная жизнь наладилась (наблюдение автора).

4. Больной 30 лет, месяц назад женился, жене 18 лет. Обратился с жалобой на то, что к началу полового акта у него возникает непреодолимый страх перед возможной неудачей, и эрекция тотчас же спадает. Отсутствие уверенности в успехе «по-видимому, обусловлено большой разницей в возрасте». Первая неудача усилила тревогу и обусловила неудачи в дальнейшем.

Проведено 2 сеанса словесного внушения по Бехтереву (в бодрственном состоянии с закрытыми глазами). Через неделю было получено открытое письмо: «Я прекратил лечение, потому что у меня уже все в полном порядке. Очевидно, ваше внушение даже в бодрственном состоянии достаточно сильно повлияло на меня» (наблюдение автора).

5. Больной 24 лет обратился с жалобами на импотенцию. В возрасте 13 лет, упав с лошади, получил ушиб тестикул, пролежал несколько дней в постели. По словам больного, его бабушка плакала и все время говорила о том, что «буду неспособен к половой жизни». В 18-летнем возрасте половой акт со случайной женщиной был внезапно прерван сильным стуком, раздавшимся в соседней комнате. Вследствие испуга эрекция прекратилась и в дальнейшем не могла быть вызвана. Зародилась мысль о половой неполноценности («всплыли в памяти слова бабушки»). Следующая попытка к акту сопровождалась тревогой, акта совершить не смог. Возникла мысль: «Значит, бабушка права, я неспособен!» С тех пор в течение 6 лет эрекция отсутствовала при сохранении либидо. Лечился у специалистов. Массаж предстательной железы, бужировка, электризация улучшения не дали.

Проведено 3 сеанса разъяснительной, успокаивающей и обнадеживающей психотерапии в бодрственном состоянии. Через неделю сообщил, что нормальная половая функция восстановилась (наблюдение автора).

6. Больной 29 лет жаловался на полную импотенцию с 24-летнего возраста. Мастурбация с 8 до 18 лет, особенно сильная с 12 лет. В 19 лет женился, половая жизнь нормальна. Жена, узнав о его мастурбации в прошлом, заявила ему, что он «скоро станет импотентом!» Сказанное произвело сильное впечатление, ночью ему снилось, будто жена ушла от него. Несколько дней был под этим впечатлени-

ем. Вскоре наступило ослабление эрекции, а затем она прекратилась. С тех пор отмечается полная импотенция и угнетенное состояние.

Четыре разъяснительные и успокаивающие беседы, проведенные в бодрственном состоянии, не имели успеха. При 5-м посещении была вызвана глубокая дремота. После еще 4 сеансов психотерапии во внушенном сне нормальная половая функция восстановилась (наблюдение автора).

7. Больной 18 лет избегает качания на качелях, так как этот процесс вызывает у него сильное половое возбуждение, иногда до оргазма и эякуляции. Кроме того, уже один вид качающихся на качелях вызывает у него сексуальное возбуждение. Впервые испытал эти ощущения в 10-летнем возрасте, качаясь на качелях. Первое время он не лишал себя этого удовольствия, но, узнав, что это вредно, стал его избегать.

В течение последующих 2 лет эта условнорефлекторная половая реакция, обусловливаемая одним видом качающихся на качелях, вновь стала возникать. Двумя сеансами словесного внушения в дремотном состоянии она была устранена (наблюдение автора).

По этому поводу В. М. Бехтерев говорил, что вообще всякое раздражение, вступив в более или менее прочную связь с половым возбуждением, «в конце концов, становится привычным возбудителем для половой функции».

Нужно сказать, что в литературе почти нет указаний на наблюдения подобного рода. Только Альберт Молль (1909) в своей известной монографии вскользь упоминает «о вероятной возможности» суггестивного воздействия на чувство влюбленности. Приведенные нами примеры говорят о том, что путем направленного словесного внушения возможно оказывать воздействие на весьма глубокие и чрезвычайно напряженные процессы, происходящие в корково-подкорковой динамике в частности, в сфере сложных эмоционально-сексуальных переживаний человека.

Эмоции

Как известно, эмоциональные реакции у животных и человека впервые подробно описаны Дарвином (1908). В связи с физиологическими исследованиями природы эмоций возникли известные теории Джемса – Ланге, а также Кеннона (1927). Следует отметить также работы Моссо (1887), Люмьера (Lumiere, 1928) и Жальтрена (Jaltrain, 1933). Однако ими не была достаточно полно и глубоко освещена проблема эмоций.

Большая заслуга в этом отношении принадлежит В. М. Бехтереву (1929). Рассматривая эмоции как сложные «мимико-соматические рефлексы», вырабатывающиеся на основе врожденных инстинктивных реакций, В. М. Бехтерев исходил из прямого участия в их формировании корковой динамики. Он показал, что эти реакции могут быть воспроизведены условнорефлекторным путем. При возникновении эмоций раздражительный процесс, распространяясь с коры мозга в подкорку, идет в подбугорную область (область III мозгового желудочка), в которой заложены высшие подкорковые центры вегетативной нервной системы, и далее на внутренние органы, эндокринные железы и скелетную мускулатуру. Его вывод

о том, что развитие эмоциональных («мимико-соматических») реакций первично происходит именно по этому пути, был обоснован исследованиями его сотрудников М. М. Жуковского (1898), Л. М. Пуссепа (1902), М. П. Никитина (1905), Чалого (1914) и Шнеерсона (1917) . Используя метод условных рефлексов и экстирпаций, они показали связи различных участков коры больших полушарий головного мозга животных с внутренними органами. Позднее В. П. Осипов (1917) также пришел к выводу, что многие эмоциональные и аффективные реакции развиваются по типу условных рефлексов, т. е. через кору головного мозга.

Глубокое физиологическое обоснование условнорефлекторного механизма эмоций дала школа И. П. Павлова. Благодаря методу условных рефлексов были открыты интероцептивные связи всех внутренних органов с корой мозга и установлено, что все они посылают сигналы в кору больших полушарий. Так, если сильное раздражение вызывает возбуждение в коре мозга, то оно через подкорковые вегетативные центры распространяется на соответствующие внутренние органы и эндокринные железы. Последние в свою очередь немедленно посылают в кору мозга свои сигналы, порождающие в ней сложные комплексы ответных реакций. Такого рода сигнализация и составляет физиологический субстрат эмоции.

Необходимо подчеркнуть, что всякая эмоциональная реакция может проявляться как по механизму безусловного, так и условного рефлекса и не только экстероцептивного, но, как говорит К. М. Быков (1947а), «непременно и интероцептивного». Таким образом, эмоция является такой «сложной реакцией организма, в основе которой лежат комплексные безусловные и условные связи экстеро- и интероцептивного происхождения». Различные по своему характеру эмоциональные состояния (гнев, боль, страх, печаль, отвращение и т. д.) так сложны, что для их проявления требуется участие не только одной какой-либо области нервных центров, но всей нервной системы. Поэтому эмоциональные реакции, имея в своей основе совместную деятельность коры мозга и подкорки, могут проявляться во всех отделах единой анимально-эндокринно-вегетативной системы человеческого организма.

Подробнее о характере взаимодействия коры и подкорки см. примечание 3 (стр. 533).

Именно потому, что эмоции являются реакцией целостного организма, они получают выражение как в виде определенного субъективно переживаемого состояния, так и в форме секреторных и сосудодвигательных реакций и мышечных движений. Мимические и пантомимические реакции, обусловленные деятельностью скелетной мускулатуры (так называемые выразительные движения), представляют своеобразные внешние проявления «движения чувств» или «языка чувств», столь свойственные эмоциям человека.

О субъективном компоненте эмоции мы можем судить по характеру указанных выше внешних проявлений, но главным образом путем словесного отчета о пережитом. Субъективное выражается, как известно, в форме разного рода «чувств»: приятного и неприятного, легкости и трудности, радости и печали, торжества и отчаяния, любви и ненависти и т. д., возникновение которых, по И. П. Павлову, связано с возникновением эмоций и их задерживанием, со всеми вариациями либо

легкого, либо затруднительного протекания нервных процессов в больших полушариях. И. П. Павлов отмечает далее, что в картине эмоциональной реакции физиологические процессы и их психические проявления обычно представляют собой единый комплекс. «Кто отделил бы, – говорит он, – в безусловных сложнейших рефлексах (инстинктах) физиологическое, соматическое от психического, т. е. от переживаний могучих эмоций голода, полового влечения, гнева и т. д.».

В возникновении некоторых эмоциональных реакций важную роль играют те наиболее глубокие индукционные отношения, которые могут возникать между корой и подкоркой, например, в случае резкого возбуждения ближайшей подкорки, при снижении тонуса коры и т. д. В итоге возникает кратковременное, но глубокое нарушение высшей нервной деятельности. Это выражается, например, в потере самообладания, утрате ориентировки и даже во временном нарушении деятельности сознания, т. е. в виде глубокой диссоциации отношений коры и подкорки, с превалированием не управляемой корой мозга деятельности подкорки («буйство подкорки»). Вот почему, по словам И. П. Павлова, именно в условиях повышенной эмоциональности «мы говорим и делаем то, чего в спокойном состоянии не допустили бы».

Нужно иметь в виду, что при чрезвычайных обстоятельствах жизни такие эмоциональные вспышки могут возникать и у людей с уравновешенной корковой динамикой. Среди раздражителей, вызывающих у человека эмоциональные реакции, наиболее важное значение принадлежит слову. Оно может оказывать на человека во много раз более сильное влияние и привести к значительно более глубоким изменениям, чем какой-либо физический фактор.

Слово особенно легко вызывает оживление следов прежней корковой деятельности, сопровождавшейся сильной эмоциональной реакцией.

По физиологическому действию эмоции принято делить на две большие группы: стенические и астенические. Первые (например, радость, воодушевление и т. п.) усиливают «зарядку из подкорки» (И. П. Павлов). Как показывают данные лабораторных исследований, они улучшают процессы ассимиляции, повышая тонус коры мозга. Такие эмоции окрашены чувством приятного. Астенические эмоции, наоборот, ослабляют процессы ассимиляции, снижают тонус коры мозга и силу основных корковых процессов. К этим эмоциям принадлежит испуг, страх, горе, тоска и т. п. Они обычно переживаются как неприятные. Таким образом, содержание эмоции определяется особенностями факторов внешней среды и отношением к ним данного человека, а ее физиологическое действие определяется характером взаимодействия коры и подкорки.

Эмоции стенические имеют в жизни человека положительное значение, так как они стимулируют корковую деятельность и создают возможность преодолевать стоящие перед ним трудности. Эмоциональное возбуждение позволяет осуществлять не только весьма трудные акты самозащиты или нападения, но и сложную производственную и познавательную деятельность. Все высшие эмоциональные состояния, все проявления возвышенных человеческих влечений и целеустремлений всегда связаны с особым напряжением всех процессов высшей нервной деятельности.

Иное жизненное значение имеют астенические эмоции. Они оказывают на высшую нервную деятельность угнетающее действие. Такие эмоции возникают, например, в результате острого столкновения интересов личности с социальными отношениями и с факторами внешней или внутренней среды, при которых интересы личности оказываются пострадавшими. Примером выраженной астенической эмоции может служить внешняя реакция на сильное болевое ощущение: реакция на боль – примитивная астеническая, отрицательная эмоция.

Интересны экспериментальные исследования, проведенные в свое время Фере (Fere, 1892) с целью изучения влияния астенической эмоции страха на сопротивляемость организма животного бактериям. Для этого животные заражались бактериями, причем одна группа этих животных (белые мыши, кролики, голуби) в течение нескольких часов подвергалась непрерывному воздействию устрашающих их раздражителей, в то время как другая такая же лруппа пребывала в полном покое. Оказалось, что в крови животных второй группы никаких бактерий не находили, в то время как кровь животных, длительное время пребывавших в состоянии страха, содержала колонии бактерий.

В другой серии опытов этим животным делалась прививка патогенных микробов (куриной холеры, псевдоэнтерита свиней, пневмококка Френкеля). Было установлено, что при прививке микробов большой вирулентности животные, находившиеся в покое, жили значительно дольше, чем подвергавшиеся непрерывному устрашающему воздействию. При прививке же микробов слабой вирулентности болели и умирали лишь те животные, которые содержались в условиях устрашения, т. е. при отрицательной астенической эмоции, в то время как находившиеся в покое или совсем не заболевали, или же, заболев, выздоравливали.

Нередко причиной возникновения глубокой астенической эмоции у человека является внезапная ломка динамического стереотипа, вызванная, например, потерей близкого лица или же внезапно происшедшим неблагоприятным изменением обычного образа жизни и т. п. При этом возникает тяжелое чувство. Как говорил И. П. Павлов, «процессы установки стереотипа, довершения установки, поддержки стереотипа и нарушений его и есть субъективно разнообразные положительные и отрицательные чувства...».

Кроме того, принято различать эмоции **низшие и высшие**. К низшим относятся эмоции, связанные с различными потребностями организма (чувство голода, жажды, половое чувство и т. д.). Если эти потребности остаются неудовлетворенными, такие эмоции переходят в астенические, удовлетворение же их порождает соответствующую стеническую эмоцию, сигнализирующую о физическом или физиологическом благополучии. Высшие эмоции связаны с удовлетворением или же неудовлетворением потребностей человека, обусловленных его общественным сознанием, например эмоции этические, эстетические эмоции, связанные с успехом или неуспехом познавательной и трудовой деятельности и т. д. Соответственно этому, они также могут быть стеническими или же астеническими.

В заключение следует отметить, что проблема эмоций еще не получила надлежащего освещения с точки зрения ленинской теории отражения. Первая попытка разработки теории эмоций в свете последней принадлежит В. Н. Мясищеву

(1948). Эмоции им рассматриваются как выработавшийся в фило- и онтогенезе тип отношения человека к наиболее сильным социальным и физическим воздействиям.

Вместе с тем В. Н. Мясищев (1958) различает эмоциональные отношения, эмоциональные состояния и эмоциональные реакции. Считая, что роль следов прошлого опыта в сфере эмоциональных отношений человека чрезвычайно велика, он полагает, что в силу этого характер эмоциональной реакции в большей мере определяется прошлым опытом человека, нежели прямым воздействием самого раздражителя: «наша реакция на воздействие определена отношением к нему, основанным на прошлом опыте», говорит он.

Соответственно этому возникновение болезненной эмоциональной реакции и болезненного эмоционального состояния, по его мнению, связано с характером эмоциональной направленности человеческих отношений. При этом патогенные ситуации (конфликт, оскорбление, гибель или измена любимого человека и т. п.) становятся тем более непосильными, чем сильнее эмоциональность данных отношений человека, сложившихся в истории его жизни. Потеря близкого человека может быть ударом только при эмоциональном отношении к нему, – говорит он. Точно так же оскорбление может вызвать глубокую реакцию только в том случае, если оскорбленный считается с мнением оскорбителя и с уважением относится к себе.

Наконец, необходимо подчеркнуть, что у человека все проявления эмоций, как и самый их характер, теснейшим образом связаны с деятельностью второй сигнальной системы. Это обусловлено тем, что все виды эмоциональной, как и инстинктивной, деятельности в условиях онтогенеза высшей нервной деятельности человека приобретают весьма сложную систему условнорефлекторных связей как с первой, так и главным образом со второй сигнальной системой.

Первые экспериментальные исследования объективных признаков эмоциональных состояний, вызванных путем внушения во внушенном сне, были сделаны А. Ф. Лазурским и В. В. Срезневским (1912) в клинике В. М. Бехтерева. Исследуемому внушали эмоции робости, горя, страха и гнева, показателями же служили реакции со стороны дыхания и пульса. Были отмечены колебания этих показателей, характер которых находился в зависимости от вида внушенной эмоции. Вместе с тем эти колебания оказывались идентичными тому, что наблюдалось и при действительном переживании этих эмоциональных состояний. Таким путем впервые было установлено, что словесным внушением действительно можно вызвать во внушенном сне соответствующие эмоциональные переживания.

А. В. Шнеерсон (1917) экспериментально установил в лаборатории В. М. Бехтерева, что индифферентный раздражитель после ряда сочетаний с эмоциогенным раздражителем сам становится таким же. Это свидетельствует о том, что эмоции можно вызывать условнорефлекторным путем. Условные рефлексы, выработанные при переживании сильной астенической эмоции (эмоции страха), по данным В. М. Бехтерева, В. Н. Мясищева (1926) и Н. И. Красногорского (1939), становятся чрезвычайно прочными и сохраняют свою силу в течение весьма длительного времени.

В своих исследованиях (1930) мы исходили из того, что изменения со стороны пульса и дыхания, возникающие в ответ на болевое раздражение кожи, могут считаться одним из объективных проявлений эмоциональной реакции на безусловный раздражитель. При этом нами было показано, что одно словесное внушение о мнимо произведенном уколе уже вызывает эту реакцию.

Изменения пульса наблюдаются и в случае внушения более сложных эмоциональных состояний, например страха (рис. 72).

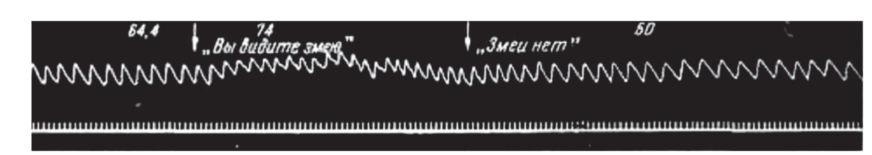


Рис. 72. Изменение пульса во внушенном сне после внушения эмоции страха. Цифры обозначают число ударов пульса в минуту.

Чувство страха проявляется еще в виде тремора, охватывающего скелетную мускулатуру, что также может служить объективным доказательством переживания данной эмоции (рис. 73).

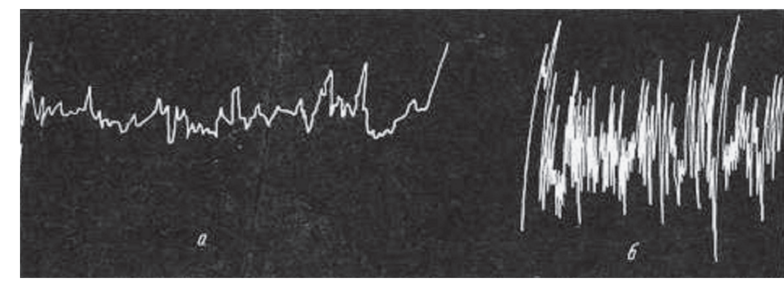


Рис. 73. Тремор пальцев рук в состоянии бодрствования в условиях покоя *(а)* и после сделанного во внушенном сне словесного внушения: «Вы в лесу, испугались, вами овладел страх, проснитесь!» *(б).*

Ю. А. Поворинский (1940) изучал влияние внушенных эмоций на газообмен. Для этой цели у исследуемого определялся исходный уровень газообмена в состоянии покоя, а затем ему внушалось переживание различных приятных (любимые музыкальные произведения) и неприятных (зубная боль, экзамен, мысль о предстоящей хирургической операции и т. д.) эмоций. Таким путем было установлено, что переживание внушенных эмоций оказывает огромное влияние на газообмен, причем неприятные эмоции вызывают значительно большее повышение газообмена, чем приятные. Как отмечает автор, особенно значительные сдвиги газообмена наблюдаются при внушении болевых ощущений, мысли о предстоящей хирургической операции и других сильных эмоций. При этих условиях у некоторых из исследуемых газообмен повышался на 300% по сравнению с исходной его величиной.

Ю. А. Поворинский (1949) изучал также сосудистые реакции, возникающие при эмоциональных переживаниях, вызываемых у исследуемых путем словесного внушения во внушенном сне. Он отмечает, что при спокойном внушенном сне, как и при спокойном естественном сне, пле-тизмограмма, как ритм дыхания и пульса, совершенно не меняется. Словесные же раздражения, вызывающие эмоциональную реакцию, отражаются на сосудистых реакциях даже более заметно, чем обычные безусловные раздражители.

Исследования А. И. Марениной и И. Е. Вольперта (1950) показали, что объективными признаками внушенных эмоциональных состояний могут служить биотоки коры мозга, записанные при внушенных сновидениях, вызывающих переживание положительной или отрицательной эмоции (рис. 74).

Исследования этих авторов наглядно иллюстрируют разницу в характере биотоков мозга в бодрственном состоянии, в гипнозе и при внушенном неприятном сновидении, сопровождающемся чувством страха.

По И. Е. Вольперту (1952), внушенные сновидения находят заметное отражение на электроэнцефалограмме в том случае, если они насыщены внушенными неприятными эмоциями, в то время как внушенные приятные эмоции не меняют биотоков мозга совсем или меняют их в очень слабой степени. Это говорит о том, что при отрицательных эмоциях динамика основных корковых процессов значительно усиливается и протекает в условиях большего напряжения и катаболизма.

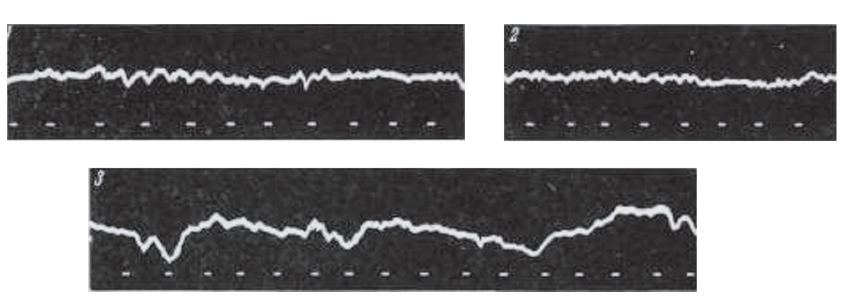


Рис. 74. Электрическая активность коры головного мозга в состоянии бодрствования *(1),* в спокойном внушенном сне *(2)* и при переживании во внушенном сне эмоции страха *(3)* (по А. И. Марениной и И. Е. Вольперт).

Следует отметить, что эмоциональные состояния, вызываемые путем внушения, могут сопровождаться также более или менее глубокими биохимическими изменениями. Так, исследования В. М. Гаккебуша (1926) показали, что при внушении длительно переживаемой эмоции страха увеличивается количество сахара в моче и крови.

По нашим данным, внушение во внушенном сне положительных, стенических, или же отрицательных, астенических, эмоций в значительной степени отражается на состоянии физической работоспособности. На рис. 75 представлены эргограммы, полученные нами на эргографе Моссо при различных внушенных эмоциях: при внушенном чувстве радости работоспособность повышается, тогда как при внушении «угнетенного настроения» она падает.

Это отражается и на состоянии вегетативных показателей. Так, по данным Н. Н. Тимофеева (1938), при словесном внушении во внушенном сне приятных переживаний и спокойного состояния артериальное давление снижается (в его исследованиях на 20 мм рт. ст.), а пульс замедляется (на 8 ударов). При внушении же неспокойного настроения, тоскливости, чувства одиночества, ощущения холода, «желания уйти из этой неприятной обстановки» артериальное давление повышается (на 10 мм рт. ст.), а пульс учащается (с 65 до 120 ударов в минуту).

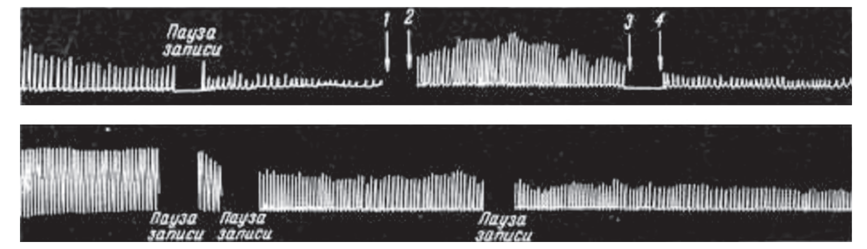


Рис. 75. Влияние внушенной эмоции на работоспособность (эргография). Верхняя кривая – непрерывная работа до возникновения утомления. 1— «Спать!»; *2* – внушено: «Вами овладело радостное настроение, проснитесь, продолжайте работать!» (хотя после прекращения работы прошло всего 15 секунд, наблюдалось увеличение работоспособности); *3* – «Спать!»; *4* – внушено угнетенное настроение, после которого работоспособность резко снизилась. Нижняя кривая: эргограмма записана после вновь внушенного радостного настроения, при котором наблюдалось новое повышение работоспособности.

В. Н. Ясинский и А. И. Картамышев (1930) исследовали во внушенном сне влияние внушенных отрицательных эмоций на лейкоцитоз. Было произведено 16 исследований у 12 лиц, причем у всех при этом наблюдалось увеличение числа лейкоцитов (с 2200 до 4000). После внушения успокоения количество лейкоцитов вновь уменьшилось до исходной величины. Аналогичные данные получены А. К. Трошиным совместно с М. П. Малкиной в 1956 г.

В заключение приведем данные В. И. Здравомыслова и С. В. Андреева (1938), объективно установивших изменение содержания ацетилхолина в венозной крови в зависимости от характера внушенных эмоциональных переживаний. Так, при внушении чувства радости количество ацетилхолина в крови уменьшается, а при внушении страха – увеличивается (рис. 76).

Согласно исследованиям Гейлиха и Гоффа (Heilich u. Hoff, 1928), при внушении положительных эмоций ускоряется диурез, понижается выделение фосфатов и хлористого натрия, причем при длительном переживании этих эмоций исследуемые обычно прибавляют в весе. При внушении же отрицательной эмоции (страх, огорчение) количество выделяемой мочи повышается, значительно увеличивается выделение хлористого натрия и фосфатов, в связи с чем исследуемые теряют в весе. По данным Граафе и Мейера (Grafe u. Mayer, 1925), при внушении депрессивных состояний основной обмен повышается на 7,5%, при внушении

положительных, радостных эмоций – лишь на 4%. При этом повышение обмена особенно резко выражено при внушенной эмоции страха. Дейч (1925) наблюдал в этих условиях повышение основного обмена до 26%. В опытах Гейера (1923) под влиянием 4-часового переживания страха в гипнозе количество фосфатов в моче увеличивалось на 115%.

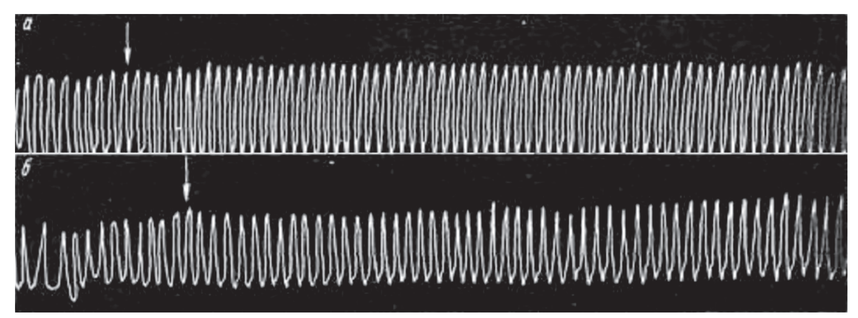


Рис. 76. Различное влияние на сердце лягушки крови человека, взятой после внушения эмоции страха (а) и радости *(б)* (по В. И. Здравомыслову и С. В. Андрееву).

По данным Глазера (1925), значительное эмоциональное возбуждение, вызываемое внушением во внушенном сне, приводит к повышению содержания ионов кальция в сыворотке крови, в то время как при внушении успокоения количество их понижается.

Все эти исследования показывают, что внушенные эмоции сопровождаются глубокими биохимическими изменениями. Это подтверждают биохимические исследования Д. Е. Альперна (1935), говорящие о тесной связи вегетативной нервной системы с тканевыми процессами. Позднейшие исследования Д. Е. Альперна (1954), посвященные трофической функции нервной системы, делают еще более понятным влияние эмоций на интимные обменные тканевые процессы.

Имеют определенный интерес данные, полученные нами совместно с рентгенологами Т. Г. Осетинским (1929), Н. М. Безчинской (1933) и В. А. Плотица (1950) при рентгенографическом исследовании влияния на тонус мускулатуры желудка положительных и отрицательных эмоциональных состояний, вызываемых путем словесного внушения. Объектами наблюдения были клинически совершенно здоровые лица обоего пола в возрасте от 18 до 40 лет, занимающиеся умственным трудом. Всего было исследовано 12 человек как в бодрственном состоянии, так и в состоянии внушенного сна.

Напомним, что в состоянии внушенного сна имеет место резкое понижение тонуса желудочной мускулатуры, моторики диафрагмы и кишечника: желудок опускается значительно ниже диафрагмы, амплитуда колебания диафрагмы резко уменьшается, перистальтика падает до минимума (см. рис. 22).

Данные наших исследований влияния эмоциональных состояний свидетельствуют о том, что при внушенном переживании чувства радости у большинства исследуемых имеет место повышение тонуса мускулатуры желудка и деятельно-

сти кишечника: желудок, уменьшаясь в размере, поднимается кверху (рис. 77в), перистальтика оживляется, эвакуация ускоряется. При внушении же угнетенного состояния (печали, горя) желудок тотчас опускается, переходя в гипотоническое состояние. Так, при внушении чувства огорчения или тоски желудок опускается ниже, чем в условиях спокойного сна, перистальтика ослабевает, эвакуация замедляется. Чрезвычайно резкая реакция со стороны моторики желудка наблюдается при внушении боли в животе, зубной боли и пр. (рис. 77 (5).

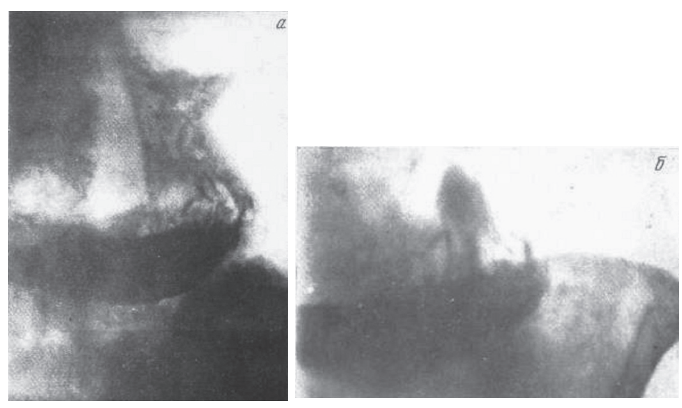


Рис. 77. Рентгенограммы желудка исследуемой Ч. *а* – в бодрственном состоянии; б – в спокойном внушенном сне.

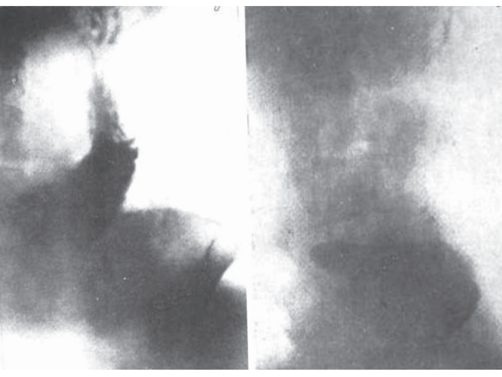


Рис. 77. Рентгенограмма желудка исследуемой Ч. (J – при внушенном переживании чувства радости

Особенно сильно выражены изменения моторики желудка при внушении чувства ужаса: у одной из исследуемых желудок принимал форму улитки и резко подтягивался кверху. При этом иногда наблюдались бурные перистальтические волны, а эвакуация в одних случаях резко увеличивалась, в других – совершенно прекращалась.

Внушение чувства сытости давало другую картину – расширение желудка и замедление перистальтики. Внушение чувства голода, наоборот, приводило к резкой перистальтике, повышению мышечного тонуса желудка, причем желудок несколько поднимался кверху.



Рис. 77. Рентгенограммы желудка исследуемой Д., *а*-в спокойном внушенном сне; *д* – при внушенном переживании: «Чувствуете сильную боль в животе!

Аналогичные рентгенологические исследования состояния желудка при внушениях проведены П. И. Булем (1959) с тем же результатом. Ему же принадлежит исследование влияния внушенных эмоций на функцию желчного пузыря. Было установлено, что внушение усыпленному отрицательной эмоции обычно приводит к длительному спазму желчного пузыря с застоем желчи. Основываясь на этом, автор подчеркивает возможность такого именно воздействия психической травмы на деятельность желчного пузыря и его сфинктеров. Оно может приводить к спазму последних, а отсюда – к застою желчи, что в свою очередь благоприятствует развитию в нем инфекции.

Таким образом, эти исследования проливают свет не только на патогенез чисто функционального заболевания желчного пузыря, но и на возможность его органического заболевания и тем самым определяют патогенетически наиболее верное направление терапии. Об этом говорят и приводимые автором примеры из клиники: из 20 больных хроническим холециститом у 10 заболевание явилось следствием психотравматизации, т. е. возникло по условнорефлекторному механизму.

Из этого следует, что в одних случаях психотерапия должна явиться основным, патогенетическим методом лечения, в других – вспомогательным, содействующим возврату корковой динамики к норме.

Иллюстрацией значения одного лишь представления об эмоциональном переживании могут служить рентгеноскопические наблюдения, проведенные нами у 2 студентов музыкально-драматического института. В данном случае путем наблюдения над моторикой желудка мы имели возможность судить о глубине переживания актером того состояния, которое он желает изобразить на сцене. Эти лица находились в бодрственном состоянии. Им предлагалось самостоятельно вызвать у себя переживание воображаемой картины радостной эмоции, затем сменить ее на эмоцию горя.

У одного из студентов со стороны моторики желудка наблюдалась сначала картина, соответствующая «реакции радости», затем – «реакции ужаса» (подобные описанным выше). Путем последующего опроса было выяснено, что он действительно переживал именно эти эмоциональные состояния: «Я чувствовал радость свидания с возлюбленной и ужас при виде ее смерти», причем «сначала горел от радости, а затем дрожал от ужаса воображаемой картины». Эти субъективные переживания ярко отразились на всей картине моторики желудка и одновременно на мимике.

У другого студента при воображении им той же картины не наблюдалось почти никакой реакции со стороны желудка. Как в дальнейшем было выяснено, изображая переживания чувства радости и ужаса чисто внешне, мимически и притом довольно ярко, он по существу не переживал их. Впоследствии выяснилось, что первый студент был наиболее впечатлительным и наиболее способным.

Таким образом, данные этих исследований могли служить объективной иллюстрацией переживаемого эмоционального состояния, создаваемого в данном случае по физиологическому механизму самовнушения. Вместе с тем они свидетельствовали о том, что реакции второй сигнальной системы (а через нее и подкорки), возникающие как в ответ на словесное внушение переживаемой эмоции, так и при самостоятельно вызванном эмоциональном переживании, оказываются идентичными.

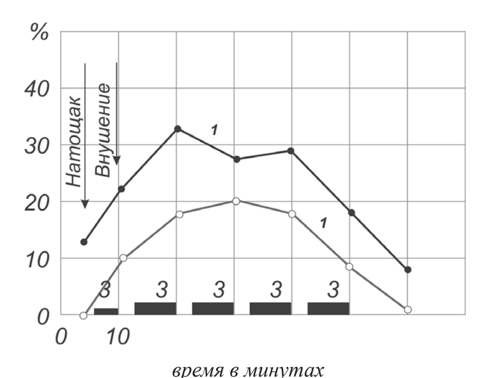
В последнее время это нашло подтверждение в опытах, проведенных в лаборатории, руководимой А. Г. Ивановым-Смоленским: одно представление исследуемого о слове-раздражителе, одна его мысль о нем влекли за собой ту же условнорефлекторную реакцию, как и в том случае, когда это слово произносилось исследователем.

Наряду с исследованиями моторики желудка, мы совместно с нашими сотрудниками М. О. Пайкиным, М. О. Бокальчуком (1928) и М. Л. Линецким (1951) исследовали секреторную деятельность желудочных желез на фоне различных внушенных эмоций. Полученные данные свидетельствовали о том, что после словесного внушения стенической эмоции (любимая вкусная пища, выигрыш по облигации и т. д.) резко возрастали количество отделяемого сока (на 300–500%) и его переваривающая сила (в 2–3 раза), причем все эти изменения достигали максимального уровня между 10 и 20 минутами после внушения, а затем шли на убыль (рис. 78).

Внушение же астенических эмоций (печаль, тоска) вызывало снижение количества желудочного сока (на 200–700%), общей кислотности, а также свободной соляной кислоты, в некоторых случаях до полного ее отсутствия.

Обращаясь к исследованиям зарубежных авторов, нужно отметить, что их данные аналогичны нашим. Так, по данным Гейера (1925), внушение в гипнозе отрицательного эмоционального переживания затормаживает секрецию желудоч-

ного сока. Этот автор показал также, что под влиянием нарушения эмоционального тонуса изменяется и рентгеноскопическая картина моторики желудка: при внушении положительной эмоции желудок принимает нормальный тонус, если последний был понижен.



время в минутах

Рис. 78. Влияние внушения еды вкусной пищи на переваривающую способность желудочного сока. *1* – общая кислотность; *2* – свободная соляная кислота; *3* – переваривающая сила желудочного сока по Метту (в мм).

Интересны данные, полученные Гейлихом и Гоффом (1928). У лиц, находящихся в гипнозе, обладающих нормальной или пониженной кислотностью желудочного сока, при словесном внушении еды любимых кушаний наблюдалось повышение кислотности (даже в том случае, если внушалась пища «чрезмерно жирная», т. е. способствующая понижению кислотности). Наоборот, если лицу с повышенной кислотностью желудочного сока внушалась еда нелюбимой пищи, но обычно вызывающей у него повышение кислотности, отмечалось резкое понижение кислотности, вплоть до полного ее исчезновения.

Гофф и Вермер (1925) показали, что в гипнозе словесное внушение приема пищи, съедаемой «с удовольствием» и «без удовольствия», «вкусной» и «безвкусной» также оказывает влияние на качество- желудочного сока: в первом случае величина общей кислотности и свободной соляной кислоты повышается, во втором – общая кислотность падает до минимума, а свободная соляная кислота снижается до нуля. Однако эти авторы не исследовали влияния эмоций на переваривающую способность желудка, как это было сделано М. О. Бокальчуком и М. О. Пайкиным.

В заключение приводим описание картины развития различных эмоциональных состояний, вызываемых одним лишь пассивным изменением положения рук усыпленного: у последнего тотчас же изменяется не только положение тела, но и мимика, что отвечает тому или иному эмоциональному состоянию, выражаемому этой позой (рис. 79 и 80). На фотографиях зафиксирована внешняя картина различных переживаний, возникающих у усыпленного в этом случае. На его лице появляется мимическая реакция, связанная с придаваемой конечностям позой.

Интересно, что одновременно с этим соответствующим образом изменяется и рентгеновская картина моторики желудка.



Рис. 79. Мимические реакции во внушенном сне после пассивного изменения позы исследуемой, о - поза покоя; *б* – вызывающая поза.



Рие. 80. Мимические реакции во внушенном сне после пассивного изменения позы исследуемой. *а* – повелительный жест; *б* – поза горя.

В данном случае условным раздражителем служат идущие в кору мозга кинестезические импульсы, которые в прошлом сочетались с различными эмоциональными состояниями и связанными с ними мимико-соматическими реакциями. Это говорит о том, что в основе развития эмоции лежит условнорефлекторный механизм.

Во врачебной практике, особенно хирургической и одонтологической, бывают случаи, когда возникшая однажды у больного астеническая эмоция оказывается патологически зафиксировавшейся на продолжительное время, пока, наконец, как говорит И. П. Павлов, «более сильная волна раздражения при каком-либо

случае не смоет эти тормозные пункты». Следовательно, такое состояние корковых клеток может быть устранено, если в коре будет создан достаточно сильный пункт возбуждения, который в силу отрицательной индукции, устранит изолированность этого тормозного очага. Приводим несколько примеров устранения словесным внушением патологически инертного эмоционального состояния, взятых из нашей амбулаторной и клинической практики.

1. Больной К, 40 лет, предстояла операция удаления геморроидальных узлов. Однако крайнее волнение перед операцией упорно мешало ей не только лечь на операционный стол, но даже войти в операционную. Проведено 3 сеанса внушения во внушенной дремоте. Таким путем неадекватная эмоция страха была устранена, что позволило больной спокойно войти в операционную, лечь на стол и спокойно пролежать в течение всей операции, сделанной под местной анестезией (наблюдение А. А. Соседкиной).

2. Девочка 11 лет, по словам матери, в 6-летнем возрасте оказала сильное сопротивление во время удаления зуба. После этого не допускала к себе никого из врачей даже для исследования пульса. Когда возникла необходимость запломбировать два передних верхних зуба, то первое же посещение кабинета одонтолога вызвало у нее бурное волнение и страх. Девочка побледнела, расплакалась, возникло двигательное возбуждение. Уговоры не дали результата, и родители решили прибегнуть к нашей помощи.

Несколькими поглаживаниями по лбу была вызвана дремота, в условиях которой внушалось «спокойное отношение к исследованию пульса, осмотру зубов и их пломбированию». После сеанса девочка уже допускала исследование пульса. На следующий день она была в кабинете одонтолога и, не испытывая страха, смотрела, как пломбируют зубы у матери и даже убеждала последнюю не волноваться. В дальнейшем позволила обследовать свои зубы, выражая желание запломбировать их, а через день спокойно перенесла эту манипуляцию (наблюдение автора).

3. Больная Г., 50 лет, обратилась к нам с жалобами на патологически проявляющийся страх перед грозой, доходящий «до полуобморочных состояний». Проведено 2 сеанса внушения во внушенном сне, после чего страхи не возникают в течение 18 лет (наблюдение автора).

Встречаются более сложные случаи, когда источником тяжелых переживаний и внутреннего конфликта, доводящего до развития депрессивного невротического состояния, может стать наличие сильной стенической эмоции, например чувства сильной влюбленности, если последнее по тем или иным причинам должно быть подавлено. Как видно из приводимого ниже примера, и в этих случаях психотерапия может дать положительный эффект.

4. Больная Б., 25 лет, обратилась к нам с жалобой на тяжелое депрессивное состояние, потерю интереса к жизни, тоску, полную неработоспособность, длящиеся в течение 3 месяцев. Это состояние возникло после того, как она узнала о невозможности брака с любимым ею человеком. Выяснилось, что молодой человек, которого она в течение 2 лет «безумно любит» и с которым давно имеется обоюдное решение о супружестве, страдает периодическим психозом. Это обстоятельство лишает его возможности вступить в брак. На почве столкновения и борьбы двух противоположных тенденций – сильного эмоционального влечения и доводов рассудка, подкрепляемых близкими и врачами, у нее возникло тяжелое депрессивно-тревожное состояние, от которого она не может избавиться. Врачи говорят, что «все это пройдет», однако никакого улучшения она не замечает, наоборот, ее депрессия все более углубляется.

Проведена длительная беседа, закончившаяся примерно такими словами: «Вы прочно усвоили наше разъяснение и убеждение в нецелесообразности и даже вреде для вас продолжения связи с больным человеком. Его болезнь может передаться по наследству будущим вашим детям. Отрицательные черты его характера недооценивались вами, так как вы были ослеплены чувством любви к нему... Ваше чувство к нему с каждым днем слабеет, встречи с ним вас больше уже не волнуют, мысль о нем возникает все реже и реже... Пережитое вами уже забыто, так как вы уже разочаровались в нем. Вас радует освобождение от ненужного вам влечения к нему, ваше хорошее самочувствие восстановилось, вы по-прежнему спокойны, целеустремленны и полны интереса к жизни» и т. д. После этого было проведено 5 сеансов такого же внушения во внушенном сне. Это привело к полному устранению патологической депрессии и восстановлению душевного равновесия и работоспособности (наблюдение автора).

В основе этого заболевания лежала внезапно происшедшая ломка динамического стереотипа, сложившегося и окрепшего в течение длительного времени, что для данной нервной системы оказалось непосильным и привело к глубокому и длительному нарушению высшей нервной деятельности.

Таким образом, наличие сильной стенической эмоции, связанной с проведением в жизнь принятого важного решения, если жизненная ситуация повелительно говорит о невозможности его выполнения, может приводить к невротическому заболеванию, устранить которое можно патогенетически правильно построенной психотерапией.

Этим мы закончим описание очень важных по своему теоретическому и практическому значению исследований, касающихся словесного воздействия на эмоции. Конечно, эти данные недостаточны для общих выводов в такой широкой области, как учение об эмоциях. Тем не менее в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности они могут играть некоторую роль, освещая механизмы образования эмоциональных реакций, их проявления и устранения. Это тем более важно, поскольку, область эмоции до сих пор остается недостаточно изученной.

ГЛАВА XV

К СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ

...Громадное накопление за последнее полустолетие клинических наблюдений основывается на том, что физиолог дал врачу в руки схему жизни, с которой в руках он может удобно обозревать представляющиеся ему явления, узнавать их и группировать.

И. П. Павлов

Борьба за психотерапию в нашем отечестве началась давно. Еще в XVIII веке А. Н. Радищев говорил, что «духовное лекарство» заслуживает право на такое же место, как и «весь прочий аптекарский припас». В 1820 г. М. Я. Мудров подчеркивал, что «есть и душевные лекарства, которые врачуют тело», указывая на необходимость применения соответствующего психического воздействия, так как, по его словам, «сим искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску и метания и которая самые болезни, например нервические, иногда покоряет воле больного».

Того же мнения придерживался и И. Е. Дядьковский, который в 1836 г. писал, что «самым важнейшим средством, в коем нуждаются страждующие, есть нравственная сила убеждения... и стыд врачу... не владеть сим средством».

В. А. Манассеин (1876), собрав большой фактический материал, обращает внимание врачей на «психический способ лечения, до сих пор не получивший прав гражданства в практической медицине».

Отметим, что отечественные терапевты С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, А. И. Яроцкий первыми заговорили о необходимости уделять больше внимания этиологическому и лечебному значению психического фактора. А. И. Яроцкий в 1908 г. выпустил труд, специально посвященный вопросу о влиянии психической деятельности на физиологические процессы.

Первая крупная работа по вопросам психотерапии была написана московским психиатром А. А. Токарским (1887), ассистентом С. С. Корсакова. Она касалась единственного в то время метода психотерапии– внушения в гипнозе. А. А. Токарскому принадлежит приоритет в применении этого метода в

психиатрической клинике. Как известно, сам С. С. Корсаков (1901) также придавал большое значение психическому воздействию врача на больного, в том числе клиническому применению внушения в гипнозе. Последователи А. А. Токарского Е. Н. Довбня, Ф. Е. Рыбаков, В. К. Хорошко, П. П. Подъяпольский, Д. А. Смирнов, Б. А. Токарский и др. во многом содействовали лечебному применению гипноза и внушения.

Однако специальная инструкция, изданная Медицинским департаментом в 80-х годах 19 столетия, резко ограничивавшая область и условия применения внушения и гипноза с лечебной целью, снизила, особенно в Москве, интерес к этому важному методу и его экспериментальному и клиническому применению.

Крупную роль в развитии клинического применения психотерапии, в частности внушения и гипноза, сыграл В. М. Бехтерев – выдающийся психоневролог, создавший в России широкую по ее задачам и деятельности психоневрологическую школу и пользующийся мировой известностью. Начиная с конца 80-х годов и до последних дней своей жизни он неустанно пропагандировал применение с лечебной целью не только гипноза и внушения, но и других методов психотерапии.

Среди зарубежных авторов, которые разрабатывали вопросы психотерапии, особенно следует отметить Брэда, Шарко, Бернгейма, Фореля, Левенфельда, Кронфельда, Дюбуа и Дежерина. Следует отметить, что учению о неврозах и применению методов психотерапии большой вред был нанесен вейсмановским идеалистическим учением о неизменности наследственного вещества и наследственных свойств, а в особенности реакционной концепцией Фрейда и его последователей.

В конце XIX и начале XX века в науке еще господствовала умозрительная психология, поэтому методы психотерапии не имели научного обоснования. Только благодаря исследованиям школы И. П. Павлова стало возможно научное понимание и применение методов психотерапии.

Исходя из учения И. П. Павлова, мы должны сейчас понимать психотерапию как терапию патогенетическую, основанную на физиологическом анализе функциональных нарушений высшей нервной деятельности человека. В этом отношении большое значение имеют работы А. Г. Иванова-Смоленского, К. М. Быкова, М. К. Петровой, С. Н. Давиденкова, Н. И. Красногорского, В. Н. Бирмана, Ф. П. Майорова, В. Н. Мясищева, Ю. А. Поворинского.

Начиная с 1910 г. мы собрали большой материал, свидетельствующий о действенности психотерапии. Поэтому мы считаем возможным на основании нашего опыта высказать общие соображения о предпосылках успешного применения психотерапии, получившей естественнонаучное освещение в отечественной медицинской литературе.

Советская физиологически обоснованная психотерапия ставит своей задачей устранение функциональных расстройств высшей нервной деятельности путем терапевтического воздействия на кору мозга больного, а через нее и на весь организм, оказываемого при помощи разъяснении, убеждений и внушений, делаемых врачом.

Одним из главных факторов лечебного воздействия на динамику коры моз-

га является устная речь, представляющая могучий комплексный условный раздражитель второй сигнальной системы, а вместе с тем и мощный социальный фактор. Разъяснение, убеждение и внушение, воздействуя на корковую динамику, изменяют в нужном направлении сознание больного, его эмоциональную сферу, эндокринно-вегетативную деятельность и прочие физиологические процессы, происходящие в организме. Психотерапия должна прежде всего восстановить силу и уравновешенность основных нервных процессов коры и подкорки и обеих сигнальных систем в деятельности целостного организма. Создавая в коре мозга новые динамические структуры, способствующие урегулированию общего физиологического состояния человеческого организма, и устраняя патологические, психотерапия содействует таким путем скорейшему восстановлению его нормального функционирования.

Применяя психотерапию, следует учитывать индивидуальные особенности каждого больного как сложной и многогранной человеческой личности, своеобразие которой вытекает из огромного комплекса сложных, физически и социально обусловленных временных связей и корковых динамических структур, составляющих продукт многолетнего его жизненного опыта. Восстанавливая нарушенное заболеванием нормальное состояние высшей нервной деятельности методами психотерапии, врач должен учитывать основные особенности конкретных условий социальной среды, в которых человек находился до заболевания и будет находиться после лечения.

Основное требование лечебной медицины, заключающееся в проведении причинной терапии, естественно, распространяется также на психотерапию: психотерапевт должен проанализировать все предрасполагающие и непосредственно вызывающие причины возникновения данного заболевания. Без соответствующего анализа конкретных причин ни один метод психотерапии ни в бодрственном, ни в гипнотическом состоянии не может быть в полной мере продуктивным. Если в отдельных случаях прочный положительный эффект иногда может быть достигнут и без вскрытия ближайшей причины данного невротического заболевания (в особенности при психотерапии во внушенном сне), то на это нужно смотреть как на исключение. Как правило, применению психотерапии всегда должен предшествовать разбор конкретных причин и условий возникновения не только отдельных симптомов, но и всего невроза в целом.

Как подчеркивает И. П. Павлов, необходимо отыскать «те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза». Нужно понять, почему эти условия и обстоятельства дали именно такой результат, в то время как у другого человека они же «остались без малейшего влияния» или повели «у одного человека к такому болезненному комплексу, а у другого – к совершенно другому».

Наш многолетний опыт терапии неврозов говорит о том, что в огромном большинстве случаев различные психические травмы, а также лежащие в их основе физиологические механизмы таким путем могут быть относительно быстро вскрыты и поняты. При этом существенное значение имеет учет различных этиологических факторов заболевания, также как и обусловивших его физиологических механизмов. Этим определяется рациональная постановка соответствующих вопросов при анамнестической беседе врача с больным. Анализ, проведенный в виде опроса обо всех последовательных этапах сознательной жизни больного, т. е., как мы говорим, «по календарным датам», часто более или менее быстро может раскрывать условия и действительные причины возникновения невроза.

Напомним, какую непомерную сложность составляет все это для последователей школы Фрейда, рекомендующей докапываться до всех «скрытых» и «темных» этиологических факторов в психике больного. Именно в силу этого еще совсем недавно приходилось слышать о том, что психотерапия (в частности, гипносуггестивная) переживает кризис. Но это не так. В учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека психотерапия нашла свою физиологическую базу и стала на путь научного развития.

В настоящее время имеются достаточно обоснованные показания к применению психотерапии, причем не только в целях лечения «чистых» психогенных неврозов, но и для оказания помощи при соматических заболеваниях. Область применения психотерапии расширилась и вышла за пределы психиатрии. В настоящее время психотерапия используется во всех без исключения разделах лечебной медицины. Нет такой клинической дисциплины, в которую не входила бы психотерапия как метод прямого или косвенного воздействия на состояние высшей нервной деятельности больного, а отсюда и на все течение его болезни.

Большая или меньшая сложность психотерапевтического подхода к больному определяется степенью сложности условий развития невроза, а также лежащих в его основе патофизиологических механизмов. В тех случаях, когда травмирующие психику факторы из первой же беседы с больным вполне ясны и понятны врачу и больному и нет необходимости в особенно глубоком анализе причин развития невроза, можно с успехом использовать успокоение, убеждение и словесное внушение в бодрственном или гипнотическом состоянии больного. Эту форму лечения можно назвать малой психотерапией. К ней следует отнести также чисто симптоматическую психотерапию как вспомогательную при любом заболевании. Такой формой психотерапевтического вмешательства может и должен владеть каждый врач.

В других случаях требуется более углубленное исследование конкретных предрасполагающих и вызывающих причин, изучение функционально травмировавших психику факторов и характера их воздействия (их повторности, длительности на протяжении предшествовавшей жизни больного) и, наконец, анализ патофизиологических механизмов, лежащих в основе данного невроза. Здесь уже следует использовать более сложные лечебные приемы (более или менее подробные и углубленные анамнестические беседы, разъяснение и убеждение в бодрственном состоянии, словесное внушение в дремотном состоянии или во внушенном сне), а в зависимости от характера заболевания и условий его развития проводить и другие, более сложные мероприятия (перемена условий жизни, профессии, места работы и пр.). Такое комплексное сочетание связанных между собой широких психотерапевтических мероприятий можно назвать большой пси-

хотерапией, которую должен применять специально подготовленный психоневролог или психиатр.

Какова эффективность психотерапии, применявшейся нами и нашими сотрудниками при лечении неврозов?

За несколько лет эффективность ее в амбулаторных условиях выразилась в следующих цифрах: у 58% больных наступило выздоровление, у 20% – значительное улучшение, у 16% – незначительное улучшение, У 6% – эффекта не было. Следовательно, реальная помощь была оказана в наших условиях в 78% случаев. Тем не менее нужно сказать, что успех условен: все зависит от личных качеств врача и его опыта в области психотерапии неврозов.

Можно полагать, что с ростом наших знаний по патофизиологии высшей нервной деятельности человека, совершенствованием диагностики неврозов, средств психопрофилактики и психотерапии и накоплением психотерапевтического опыта применение психотерапии должно получить еще большую патогенетическую направленность, методическую четкость и эффективность.

Вместе с тем мы считаем, что в дальнейшем и врачи-интернисты также получат возможность убедиться в том, что при ряде соматических заболеваний немалую роль играют травмирующие психику воздействия. Мы имеем в виду, например, наблюдения, касающиеся психогенных расстройств деятельности внутренних огранов, сердечно-сосудистой, эндокринно-вегетативной систем и пр. Синдромы психогенных расстройств такого рода дают такую же картину функционального нарушения деятельности данного органа или системы, как и при действительном органическом их поражении. Это есть то, что носит неправильное название «невроз органа» или «вегетоневроз», на чем мы подробнее остановимся в дальнейшем (стр. 416).

Тот факт, что между корой мозга и внутренними органами имеется двусторонняя функциональная связь, является основанием для применения психотерапии как вспомогательного средства с целью устранения соматогенной невротической симптоматики, возникающей вторично, вследствие органического заболевания той или иной системы или органа.

Казалось бы, значение психотерапии в лечении неврозов уже давно является общепризнанным. Однако долгое время не все ее методы пользовались равным признанием. Некоторые из психоневрологов, применяя какой-либо один из существующих методов психотерапии, отрицательно относились к остальным ее методам. Это приводило к разделению психотерапевтов на «рационалистов», «гипнологов» и «психоаналитиков», а тем самым и к нарушению принципа индивидуализации лечения больного.

Конечно, в настоящее время каждый врач, к какой бы врачебной специальности он ни принадлежал, должен иметь достаточно полное и ясное представление обо всех приемах психотерапевтической помощи, оказываемой как в бодрственном состоянии, так и в гипнозе, в условиях поликлинического лечения и в стационаре.

Значение анамнеза в психотерапевтическом процессе.

Прежде чем приступить к лечению больного неврозом, всегда необходимо

предварительно провести с ним более или менее обстоятельную анамнестическую беседу или ряд таких бесед. В ходе этих бесед следует ознакомиться, хотя бы в самых общих чертах, с особенностями личности больного и с типовыми сторонами его высшей нервной деятельности.

После выяснения всех условий развития неврологического состояния определяется его клиническая и патофизиологическая картина и характер и содержание пережитой больным психической травмы. При этом выясняются поихотравмировавшие его факторы, длительность их воздействия, возможная последующая психическая переработка больным этого воздействия, возможности устранения этих травмирующих его факторов. Наконец, выясняется отношение больного к своему болезненному состоянию, имеется ли у него готовность к лечению и стремление к выздоровлению или же, наоборот, «бегство в болезнь».

Собирание анамнеза и обязательное предварительное соматическое обследование больного имеют целью определить природу заболевания (функциональное оно или же органическое) и выяснить предрасполагающие условия, вызвавшие его причины и характер симптомов.

После выяснения всех условий развития невротического состояния следует переходить к тому или иному приему психотерапии. Однако уже сама откровенная «исповедь» больного и раскрытие им его сокровенных переживаний нередко являются важным психотерапевтическим фактором, указывающим путь к дальнейшему успешному лечению.

Не следует забывать, что каждый больной тревожится о состоянии своего здоровья или проявляет повышенную мнительность. Поэтому прежде всего необходимо его успокоить, снизить его напряженное тревожное состояние, разъяснить причины его невротического состояния и физиологические механизмы последнего, если они были неизвестны больному, недостаточно осознаны им или неправильно истолкованы. Нередко можно наблюдать, что отношение больного к болезненным ощущениям, своим мыслям или пережитой им психической травме уже в самом процессе этих бесед начинает перестраиваться.

Иногда вначале не удается выяснить конкретные условия психогенеза, однако, как показала практика, это не является препятствием к применению с самого начала успокаивающей психотерапии, хотя бы и симптоматической, если это значительно облегчает состояние больного и помогает дальнейшему собиранию подробного анамнеза.

Нужно иметь в виду, что больной не всегда знает о действительном факторе, травмировавшем его психику. Если ему и известна причина заболевания, то он может истолковать ее неверно. Чтобы вскрыть причину и патогенез, полезно учитывать, что следы забытых раздражений при известных условиях могут быть оживлены путем последовательного опроса больного или его близких и других лиц, явившихся свидетелями развития его болезни. В некоторых случаях для этой цели мы пользуемся автобиографией больного с подробным письменным изложением всех обстоятельств, связанных с событиями его жизни, которые могли травмировать его психику.

Иногда оказывается полезным ознакомить больного с рядом встречающихся в

жизни предрасполагающих условий и возможных причин, непосредственно вызывающих невротическое состояние. В таких случаях больные легче вспоминают имевшуюся в их ближайшем или отдаленном прошлом патогенетическую ситуацию.

Существенную помощь оказывает врачу ассоциативный эксперимент. Иногда же в соответствующих случаях бывает полезен так называемый гипноанализ – оживление в памяти больного следов скрытых переживаний, травмировавших его психику в прошлом, что осуществляется путем соответствующих внушений, делаемых во внушенном сне.

Нет сомнений в том, что надлежащий подробный анализ конкретных причинных факторов и патофизиологических механизмов заболевания является необходимым условием эффективности последующей психотерапии. Таким образом, именно расширенный и углубленный анамнез является наиболее существенной частью врачебного психотерапевтического подхода к больному. Этим не только предопределяется форма психотерапии и ее содержание, но и устанавливается положительное отношение больного к врачу, доверие к нему и необходимая в этих условиях откровенность больного в беседе с врачом.

Следует сказать, что большинство больных начинает свои жалобы с описания общих условий возникновения заболевания. Обычно больной излагает события не в последовательности их развития, а в виде общего несвязного перечня различных обстоятельств. Поэтому мы оказываем больному помощь, предлагая излагать ход событий по возможности по календарным датам, а также указывать ту роль, какую эти события играли в его жизни и в какой именно ее период.

Опрос больного мы стараемся вести по следующим основным пунктам:

1 См. об этом примечание 7 (стр. 474).

1) жалобы больного, его переживания, его самочувствие, иначе говоря, ознакомление с «внутренней картиной болезни» (Р. А. Лурия, 1939);

2) время возникновения и длительность заболевания;

3) условия развития заболевания, в частности характер травмировавших психику факторов, их конкретное содержание, отношение к ним больного;

4) проведенное ранее лечение и его результаты;

5) преморбидное состояние больного.

Наконец, необходимо отметить, что у большинства невротиков, обращающихся в диспансеры, причину психической травматизации часто удается вскрыть и без сложного собирания анамнеза, лишь путем беседы. При этом нередко они сами указывают на действительный психо-травмирующий их фактор или же решаются открыть врачу то, что они тщательно и долго скрывали не только от окружающих, но и от своих близких. Иногда же оказывается необходимым, чтобы врач сам обратил внимание больного на обстоятельства, непосредственно служившие причиной развития заболевания, которым больной до того не придавал должного значения.

В случае же большой психотерапии при собирании углубленного анамнеза имеет весьма важное значение опытность в этом самого психотерапевта, его умение распознать основное и выделить его из второстепенного. Конечно, здесь существенны не только знание физиологических механизмов нарушения высшей нервной (психической) деятельности человека, но и большой собственный жизненный опыт врача и его эрудиция.

Психотерапия в бодрствующем состоянии.

Лечение ряда невротических заболеваний с полным успехом может осуществляться путем разъяснительной, по В. М. Бехтереву (рациональной, по Дюбуа), психотерапии, проводимой в бодрственном состоянии больного. Она состоит в разъяснении больному причин и сущности его невротического заболевания и в указании тех специальных лечебных приемов, которые следует применить для его устранения.

Приемы разъяснительного и убеждающего словесного воздействия могут начаться с вопросов, относящихся к образу жизни больного, условиям его семейных и общественных отношений, характеру его трудовой деятельности и пр. Далее врач, разъяснив больному причины возникновения его невротического состояния, должен научить его правильно оценивать симптомы своего заболевания, как и врачебные приемы, направленные к его устранению, причем врач должен исправлять ошибки в рассуждениях больных и бороться с их предрассудками, воздействуя путем логического убеждения.

Однако терапия разъяснением и убеждением может быть достаточно действенной лишь в том случае, если врачу самому становятся вполне ясными истинные причины, условия и механизмы развития данного невротического состояния. Поэтому применение этого метода может быть рациональным только при всестороннем изучении врачом условий развития заболевания с учетом всех обстоятельств жизни и деятельности больного, его общественного положения и прочих факторов социальной среды.

Обращаясь к логическим доводам, врач не должен ограничиваться только теоретическими рассуждениями, ибо, как бы искусно они ни были построены, этого недостаточно для того, чтобы воздействовать на психику больного, переубедить его, перестроить его отношение к действительности. Все эти приводимые врачом доводы должны быть не только логически обоснованы и подкреплены конкретными примерами, но и эмоционально окрашены. По образному выражению Дюбуа (1911), эти доводы «не должны быть сервированы в холодном виде, а должны быть подогреты этическими представлениями и примерами».

При разъяснительной и убеждающей психотерапии стремление врача должно быть направлено на активизацию деятельности коры мозга больного и поднятие ее тонуса. Врач должен содействовать устранению возникших в ней патологических связей и корковых динамических структур и созданию новых, что достигается путем критической переработки больным под руководством врача и в беседе с ним всей патогенетической ситуации, послужившей причиной его заболевания.

Следует подчеркнуть, что при этом методе лечения весьма важное значение имеет состояние эмоциональной сферы больного, его корковая активность, его способность объективно взвесить и критически оценить свое состояние, а осо-

бенно свои личные переживания, обусловившие возникновение невротического заболевания.

Необходимо отметить, что метод разъяснения и убеждения в свое время расценивался многими как якобы наиболее продуктивный среди всех других. Это происходило потому, что методы внушения и гипноза, не имея тогда научного обоснования, находили применение лишь при симптоматической терапии, в то время как метод разъяснения и убеждения носил черты, явно приближавшие его к задачам терапии патогенетической. Предубеждение врачей в отношении гипноза имело в своей основе также ошибочное представление школы Шарко о гипнозе как состоянии патологическом.

Для иллюстрации эффективности разъяснительной психотерапии приводим следующее наблюдение.

1. Больная Д., 22 лет, студентка, обратилась с жалобами на сильные головные боли, подавленное настроение, беспричинные слезы, сонливость днем и отсутствие сна ночью, страх в связи с предстоящими родами, мысли о смерти. На V месяце беременности была оставлена мужем, в связи с чем стыдится своей беременности, ребенка иметь не хочет, «с ужасом думает о его воспитании и содержании». Не усваивает учебного материала, перестала сдавать зачеты.

Проведен сеанс разъяснительной психотерапии следующего содержания: «Ваше болезненное состояние вызвано разрывом с мужем, вы еще не изжили этого разрыва и потому будущее кажется вам таким тяжелым. В действительности же разрыв с мужем решил все дальнейшее положительно и был необходим, так как только легкомысленный человек мог вас оставить на V месяце беременности, и от жизни с ним вы, конечно, ничего хорошего ожидать не могли. Жизнь надо строить с человеком устойчивым и достойным вас. То, что у вас будет ребенок, для вас великая радость, ничего позорного в этом нет. Ребенок будет вашим самым родным и близким существом, в нем вы будете иметь маленького друга и потому в своей личной жизни никогда не будете ощущать пустоты. Ребенок не может помешать учебе: в нашей стране есть ясли, детские сады, у вас есть мать, которая поможет в уходе за ребенком. В нашей стране нельзя бояться иметь ребенка: ребенок – это гордость и радость матери. Ваши роды будут легкими и пройдут безболезненно и благополучно. Вы на четвертом курсе, до окончания института осталось немного, вы успешно закончите это важное для вас дело...» и т. д.

Больная с большим вниманием прослушала до конца слова врача и после сеанса ушла убежденной в правоте его слов и успокоенной. После нескольких таких бесед все жалобы исчезли. Спокойствие и нормальный ночной сон восстановились, головная боль прекратилась, страхи и волнения уже не мучают. Вернулся интерес к занятиям, училась успешно, благополучно родила, материнское чувство к ребенку получило нормальное развитие. О муже не думает (наблюдение З. А. Копель-Левиной, 1940).

В данном случае разъяснительная психотерапия была проведена «с места» при ясной причине заболевания и дала положительный результат. Этот случай может быть одним из примеров малой психотерапии.

Таким образом, при умелом подходе врача к личным переживаниям больного путем нескольких сеансов разъяснительной терапии удается устранить последствия срыва высшей нервной деятельности, вызванного ломкой динамического стереотипа.

Другой прием психотерапии, проводимой в бодрственном состоянии, основан на применении врачом не только разъяснения и убеждения, но также и прямого или косвенного словесного внушения. Такой прием может дать положительный терапевтический эффект в том случае, если кора мозга больного находится в состоянии более или менее резко сниженного тонуса. Обычно фактором, снижающим тонус коры мозга больного, может явиться неблагоприятная для него ситуация, созданная возникшим заболеванием или же травмирующими его бытовыми условиями. Однако таким фактором может быть и слово врача.

Применение в бодрственном состоянии прямого словесного внушения может быть успешным лишь в том случае, если оно проводится врачом, высокоавторитетным в глазах больного. При этом такое внушающее воздействие должно быть сделано совершенно внезапно для больного, т. е. когда он к нему не подготовлен, ибо такой внезапно воздействовавший фактор должен создать в коре мозга больного пункт концентрированного раздражения, изолированный отрицательной индукцией от других участков коры. Внешне это выражается в возникновении у больного состояния оторопелости, растерянности или смущения. Поэтому внушение в данном случае должно иметь характер короткого, не допускающего возражения или сомнения императивного воздействия в форме приказа.

Приводим пример успешного применения в бодрственном состоянии больного такого внезапного прямого терапевтического внушения.

2. Беременная З., 22 лет, в течение 3 месяцев беременности страдает постоянной рвотой, может принимать только жидкую пищу и притом лишь весьма малыми порциями, не выносит различных запахов (табака, пищи, духов, мыла и др.). Кроме того, регулярно каждое утро у нее наступают мигренеподобные боли, длящиеся 20–30 минут, ознобы, учащенное сердцебиение. После этого появляется тошнота и рвота и в течение 2–3 часов наблюдается состояние прострации.

После проведенной нами анамнестической беседы и ознакомления больной со случаями излечения рвоты беременных словесным внушением ей было предложено прийти на следующий день для начала гипносуггестивного лечения.

Но, провожая беременную из кабинета, мы внезапно остановили ее у дверей и повелительным, твердым тоном, смотря ей в глаза, быстро произнесли: «Итак, у вас все кончено, рвоты больше нет!». «Но ведь вы еще не начали лечения?» – возразила в недоумении, с некоторой растерянностью и удивлением больная. «Нет, лечение начато! – последовал ответ. – Будет так, как сказано! Запах и вид пищи тошноты и рвоты не вызывают, можете есть все, что полагается!. Разговоры излишни! Идите домой и будьте здоровы!» Больная вышла смущенной.

На следующий день она пришла в прекрасном настроении и радостно заявила, что «со вчерашнего дня все как рукой сняло». Вечером она. поужинала (впервые за 3 месяца), к запахам безразлична, впервые за все время беременности

не было головной боли, утром ела без чувства тошноты. Все это подтверждено мужем, который начал по-прежнему курить в квартире.

Мы наблюдали беременную в течение месяца: она продолжала чувствовать себя вполне хорошо. Демонстрировалась нами на врачебной конференции Украинского психоневрологического института. Благополучно родила в срок (наблюдение автора).

В данном случае внезапным воздействием сильного императивного внушения в коре мозга больной, находившейся в ослабленном состоянии под влиянием осложненно протекавшей беременности, был создан очаг концентрированного возбуждения, чем были отрицательно индуцированы другие районы коры мозга. Это вызвало у нее состояние растерянности и оторопелости. Можно предполагать, что возникшая при этом сильная волна отрицательной индукции привела к устранению имевшейся и упрочившейся кортико-висцеральной патологической симптоматики. Все это было достигнуто лишь прямым императивным внушением, сделанным в бодрственном состоянии больной. Отметим, что для успеха такого внушения требовалось не только вызвать индукционное торможение определенных районов коры мозга (что было достигнуто императивным тоном словесного воздействия), но и направить это воздействие на устранение имевшегося нарушения.

Применение косвенного словесного внушения также может успешно осуществляться в бодрственном состоянии больного. Одно из весьма демонстративных наблюдений такого рода нами описано на стр. 165, когда таким путем в короткий срок были устранены психогенные полидипсия и полиурия, длившиеся в течение ряда лет.

Наконец, такое внушение может проводиться в бодрственном состоянии во время психопрофилактической подготовки больных к предстоящей хирургической операции, беременных – к родам и т. п. При этом применяют разъяснение, убеждение, а также внушение, прямое и косвенное, что создает у больного положительную установку в отношении предстоящего события и полное спокойствие, т. е. ведет к уравновешиванию корковой динамики. Описанные мероприятия направлены на устранение тормозного состояния коры мозга и ее активизацию.

Следует отметить, что и при всех других приемах психотерапии обычно ставится та же задача – повышение тонуса коры мозга больного. Есть основание утверждать, что в определенных случаях именно активное, деятельное состояние коры мозга способствует наиболее успешному сопротивлению организма развитию болезни. Соображения по этому вопросу в свое время были выдвинуты И. 3. Вельвовским (1952), а исследования на животных проведены Д. Ф. Плецитым (1954) и др.

Как подчеркивают в ряде работ А. Г. Иванов-Смоленский и Б. В. Андреев, применение терапии удлиненным сном при некоторых заболеваниях и состояниях дает отрицательные результаты. В этих случаях, наоборот, необходима терапия возбуждением, т. е. активизация коры головного мозга, так как возбуждение коры, отрицательно индуцируя подкорку, снижает болевую чувствительность. На положительное значение активизации коры мозга для борьбы с родовыми болями,

как и с преждевременными родами, указывает И. 3. Вельвовский (1952), который рассматривает терапию возбуждением как важный принцип лечения и профилактики, основанный на физиологическом учении И. П. Павлова.

Н. П. Татаренко (1948) показала, что активизация корковой деятельности уменьшает фантомные боли. Следует отметить, что необходимость укрепления нервной системы больного путем стимулирующей психотерапии в свое время настойчиво подчеркивалась и В. М. Бехтеревым (1911, 1926).

По нашим наблюдениям, стимулирующая психотерапия особенно показана при лечении больных туберкулезом легких. Для психики больных туберкулезом специфична подавленность, раздражительность, склонность к ипохондрическим жалобам, повышенная половая возбудимость. Многие авторы отмечают у них вазомоторную и температурную лабильность, головные боли, отсутствие аппетита, расстройство сна (или, наоборот, чрезмерную сонливость), а также более или менее выраженные психопатические проявления, повышенную внушаемость и самовнушаемость, изменение настроения и характера.

По-видимому, в основном все это обусловливается туберкулезной интоксикацией, но могут иметь место также и чисто психогенные наслоения, являющиеся прямым результатом психической переработки больным создавшейся весьма трудной для него патологической ситуации.

Наши наблюдения показывают, что в начальной стадии заболевания туберкулезом все эти явления могут быть устранены систематически проводимой успокаивающей и стимулирующей психотерапией. Последняя должна быть направлена на повышение настроения больного и внушение ему спокойствия, бодрости, уверенности в благоприятном исходе лечения, т. е. в основном должна вести к повышению общего тонуса коры мозга больного.

Третий прием психотерапии, также проводимой в бодрственном состоянии, предложен Бернгеймом и видоизменен В. М. Бехтеревым (19’11). Бодрствующий больной должен находиться в состоянии полной пассивности и покоя. Для этой цели больного следует уложить или усадить с закрытыми глазами в удобное положение в теплом и тихом помещении, при ослабленном освещении.

В этих условиях авторитетное слово врача оказывает воздействие на кору мозга больного при значительном ограничении раздражений, падающих из внешней среды. Для восприятия бодрствующим больным словесных воздействий врача такое состояние покоя оказывается особенно благоприятным. Эти воздействия врача могут иметь своей целью отвлечение больного от пережитых им событий или неблагоприятных для него факторов, а также укрепление его воли, изменение его поведения и т. п. Такое воздействие воспринимается больным обычно пассивно, хотя, может быть, несколько критически.

Словесное воздействие врача в этом случае должно иметь характер мотивированного разъяснения, убеждения или же утверждения. «Терапия эта, – говорит В. М. Бехтерев, – повторяемая в ряде сеансов, не сопровождающихся гипнотическим усыплением, может приводить к успеху даже в тяжелых случаях» (1911). Он считает, что лечение внушением в бодрственном состоянии основано на том, что многие из явлений при неврозах объясняются либо самовнушением, либо

невольным внушением. Отсюда понятно, что «необходимо применить противовнушение или терапевтическое внушение, чтобы устранить наиболее тягостные симптомы болезни». Этот метод мы именуем методом Бернгейм-Бехтерева. Приводим один из примеров его успешного применения.

3. Больная М., 39 лет, обратилась с жалобами на чрезмерную раздражительность, неумение владеть собой, а вместе с тем и чрезмерную слабость, нерешительность, нетерпеливость и суетливость, постоянное состояние подавленности и тревожного ожидания «чего-то горестного». Отмечает, что стала всего бояться и относиться ко всему подозрительно, к окружающим крайне придирчива, своего мужа ревнует. Вследствие этого в последние месяцы испытывает постоянное чувство «нежелания жить в таком состоянии». Весь синдром стал развиваться 8 лет назад, вскоре после перенесенной ею хирургической операции (экстирпация фибромы матки). Обратилась с просьбой избавить ее от этого тяжелого состояния, а главным образом от ревности, по-видимому, обусловленной тем, что ее муж на 3 года моложе ее и потому постоянно говорит ей, что она «уже отжила». Она, действительно, выглядит старше своих лет и потому находится под воздействием этих слов мужа.

Проведено 6 сеансов психотерапии в бодрственном состоянии, при закрытых глазах больной, причем внушения были успокоительного и разъяснительного характера. После 3-го сеанса отмечено резкое улучшение: больная стала значительно спокойнее, владеет собой, ревность исчезла, разница в годах с мужем уже не тревожит. После 5-го сеанса сообщила, что предменструальный период, который обычно у нее всегда был тяжелым (чрезмерная раздражительность, тоска), на этот раз прошел вполне спокойно. Спустя месяц предменструальный период опять прошел хорошо, ревность не возобновлялась, самочувствие хорошее (наблюдение автора).

Следует отметить, что при этом методе словесной терапии, когда критическое отношение больного к словам врача сохраняется, некоторые больные сами повторяют вслед за врачом слова внушения. Это содействует эффективности словесного воздействия.

К числу методических приемов речевой психотерапии в бодрственном состоянии относится также предложенный М. Д. Танцюрой (1956) метод активного усиления больным патологической навязчивости. Он состоит в следующем. Больному навязчивым неврозом дается инструкция для борьбы со своей навязчивостью сознательно усиливать все ее проявления. Так, при психогенном навязчивом гиперкинезе надо заставлять себя еще сильнее и чаще осуществлять эти движения, при навязчивом плаче – заставлять себя безостановочно плакать еще сильнее и громче при навязчивой бессоннице, лежа в постели, заставлять себя упорно противодействовать наступлению сна, мысленно повторяя: «Не надо спать!», при психогенно возникшем эзофагоспазме, препятствующем проглатыванию пищи, взяв пищу в рот, упорно противодействовать ее проглатыванию, убеждая себя, что она непременно застрянет в пищеводе и т. п.

На большом клиническом материале М. Д. Танцюра установил, что такой методический прием в ряде случаев приводит к весьма быстрому устранению образовавшейся навязчивости: гиперкинез и плач прекращаются, у страдающего бессонницей наступает сон, у страдающего спазмом пищевода пища начинает проходить свободно.

Автор отмечает, что наиболее успешным оказывается применение этого психотерапевтического приема в случае моносимптомной навязчивости. При этом эффективность метода выразилась в следующих цифрах: из 64 больных положительный результат получен у 39, улучшение – у 22 и не было улучшения – у 3 человек.

Можно думать, такой методический прием действительно содействует устранению навязчивости. В самом деле, обычная борьба больного с навязчивостью по существу представляет собой длительное безуспешное «истязание» тормозного процесса, в конечном итоге приводящее к его банкротству (больной приходит к сознанию своего бессилия в борьбе с навязчивостью). Физиологически это выражается в еще большем усилении отрицательной индукции из подкорки, а отсюда–в еще большем усилении зоны, изолирующей «больной пункт». В данном же случае создается встречное возбуждение, направленное против изолирующей «больной пункт» зоны отрицательной индукции. Это способствует ослаблению последней, а отсюда и нейтрализации самого «больного пункта». В связи с этим следует признать, что предположение автора о возможном участии здесь явления запредельного торможения едва ли правильно.

Во всяком случае, описанный автором методический прием заслуживает полного внимания. Приводим коротко некоторые из его наблюдений.

1. Больной Г., 36 лет, поступил с жалобами на затрудненное глотание (эзофагоспазм): пища останавливается в пищеводе, а при насильственном глотании возникает рвота. Но если он занят каким-либо посторонним делом, глотание становится более свободным. Заболевание связывает с волнениями, пережитыми им 2 года назад, вызванными наложением ему двустороннего пневмоторакса.

Объективно: при прохождении бариевой массы рентгеноскопически зарегистрирован момент спазма пищевода.

После разъяснения механизма возникновения эзофагоспазма больному было предложено взять в рот кусок мяса, но не глотать его, а убеждать себя в том, что он непременно застрянет в пищеводе. Выполняя это, больной заявил, что мясо он неожиданно для себя проглотил. То же произошло еще 2 раза. После троекратного повторения этой процедуры явления эзофагоспазма полностью прекратились.

2. Больной П., 48 лет, в течение 3 лет страдает упорной бессонницей. Лечение снотворными (0,2 г барбамила) и физиотерапевтическими процедурами оказывалось безуспешным.

С больным проведена беседа по поводу его заболевания, после которой ему было предложено на ночь лечь в постель и мысленно убеждать себя: «Спать не надо!» Всякие снотворные при этом были отменены. На следующее утро больной радостно заявил, что хорошо спал всю ночь, что произошло с ним впервые за 3 года. Снова были проведены беседы в том же направлении, после чего больной

стал хорошо спать. После выписки прослежен положительный катамнез, самочувствие хорошее.

Следующее наблюдение относится к навязчивости психастенического типа.

3. Больной Ю., 15 лет, школьник, приведен отцом с жалобами на навязчивое влечение через каждые 2 часа указательным пальцем руки 7 раз подряд притрагиваться к полу или к земле. Если же обстановка не позволяла ему выполнить этот ритуал, то у мальчика начиналось сердцебиение, потоотделение, бледнело лицо и он испытывал чувство страха. Но достаточно ему было сделать указанные движения, как все это быстро проходило.

Мальчик физически здоров, учится отлично. Заболевание возникло 2 года назад, когда он усиленно готовился к экзаменам. Появилась привычка в такт чтению стучать пальцем по стулу. Во время экзаменов он повторял эти удары по стулу «чтобы не волноваться». Это делалось им стереотипно, через определенные промежутки времени. После экзаменов, которые сдал на отлично, такая привычка сохранилась, но выразилась уже в виде потребности притрагиваться пальцем к полу 7 раз через каждые 2 часа. В дальнейшем она приобрела характер патологической навязчивости, для устранения которой уже оказывалось необходимым врачебное содействие.

Больному был разъяснен механизм образования этой навязчивости и было предложено в течение 4 дней подряд касаться пальцем земли не через 2 часа, а через каждые 10 минут. В течение 2 дней он точно выполнял это задание, а на 3-й день взволнованно заявил, что не может больше это делать: он уже не знал, когда ему надо было касаться пальцем земли в силу своей навязчивости и когда по приказу врача. Потеряв интервалы в 2 часа, он выполнял только приказ врача. Это полностью освободило его от прежней навязчивости. Через полгода сообщил, что чувствует себя здоровым.

В данном случае патологическая навязчивость, сохранявшаяся в течение длительного времени (2 года), приобрела характер динамического стереотипа. Выполнением инструкции врача, устанавливающей новые временные промежутки, прежний временный стереотип был сломан. Вместе с тем встречные возбуждения нейтрализовали прежнюю зону отрицательной индукции. Этому же способствовала и та принудительность, с какой навязчивые движения теперь должны были выполняться.

Более подробное изложение метода психотерапии в бодрствующем состоянии больного см. «Очерки психотерапии» М. С. Лебединского (1959).

Однако иногда устранение невротического заболевания, получившего характер навязчивости патологической инертности, в бодрственном состоянии может не удасться. В таких случаях может быть применена психотерапия в том переходном состоянии коры мозга между сном и бодрствованием, каким является дремотное состояние.

Психотерапия в дремотном состоянии и во внушенном сне.

Как известно, дремотное состояние характеризуется некоторым снижением положительного тонуса коры мозга и легкой заторможенностью корковых клеток. При этом корковые клетки частично сохраняют свои прежние следовые связи. На них продолжают оказывать воздействие внешние раздражения. Сохраняются также некоторые моторные реакции (например, произвольное движение век).

Такое состояние может быть достигнуто у всех людей. Оно имеет определенное значение для успеха поихотерапии. Отметить это необходимо потому, что среди врачей существует ошибочное представление, будто для успеха словесного внушения у больного непременно должен быть «глубокий гипноз». Между тем для этих целей в ряде случаев вполне достаточным оказывается дремотное состояние. Это относится не только к психогенным неврозам, но и к невротическим синдромам, вызванным соматическим заболеванием.

Что же обусловливает успех психотерапии, проводимой в дремотном состоянии?

По-видимому, он объясняется тем, что в дремотном состоянии имеется снижение положительного коркового тонуса и начало переходного, фазового состояния корковых клеток.

Однако следует подчеркнуть, что при этом состоянии коры мозга устранение лежащих в основе невротического заболевания патофизиологических механизмов оказывается далеко не всегда осуществимым. Оно не осуществляется, если их фиксация произошла в условиях более глубокого тормозного состояния коры мозга или при более сильных травмировавших психику факторах. Вот почему в ряде случаев необходимо прибегать к психотерапии в условиях внушенного сна. Только в этом состоянии какие-либо конкурирующие воздействия оказываются полностью исключенными и внушающее слово врача приобретает решающую терапевтическую значимость.

Более глубокая заторможенность соответствующих отделов коры мозга особенно необходима и в тех случаях, когда «прикосновение» словами внушения к «больному пункту» вызывает у усыпленного отрицательную реакцию, что, конечно, мешает переходу коры мозга в тормозное состояние, а потому и успеху психотерапии. Нецелесообразно, например, при лечении больного, страдающего от потери близкого человека, касаться этого вопроса, когда больной находится в дремотном состоянии. Это можно сделать лишь после приведения его в состояние внушенного сна.

Содержание внушений должно отвечать содержанию патогенетических факторов и иметь характер разъяснения, убеждения или утверждения. Оно должно создать у больного индифферентное отношение к причинным факторам или даже забвение их и способствовать образованию новых, положительных установок (логически обоснованное мотивированное внушение во внушенном сне, предложенное В. М. Бехтеревым, а до него Левенфельдом).

При этом полезно, чтобы усыпленный повторял вслед за врачом слова делаемых ему внушений.

Отметим, что хронаксиметрическое исследование Ф. П. Майорова (1939) и электроэнцефалографические исследования А. М. Марениной (19526), проводившиеся во время внушенного сна, свидетельствуют о том, что во время внуше-

ний, т. е. именно в самые моменты образования в соответствующих отделах коры мозга новых динамических структур, происходит некоторое ослабление сонного торможения коры мозга.

Как мы уже отмечали выше (стр. 74), в условиях внушенного сна кора мозга вне зоны раппорта оказывается заторможенной и растормаживается только в тех участках, на какие прямо направлено словесное воздействие усыпляющего. Замыкательная функция коры мозга в зоне раппорта не только сохранена, но и усилена вследствие положительной индукции, обусловленной «натиском торможения» (И. П. Павлов) из окружающих районов коры мозга. При этом как замыкательная, так и анализаторная функция почти полностью подчинены словесным внушениям усыпившего. Вследствие этого состояние внушенного сна весьма благоприятствует успеху словесных терапевтических внушений.

Словесные внушения, проводимые во внушенном сне, в известных случаях оказываются чрезвычайно эффективными даже при значительной глубине и длительности невротического заболевания, упорно не поддающегося воздействию других методов психотерапии.

Почему же влияние врачебного слова на корковую динамику больного получает исключительную эффективность именно в условиях внушенного сна?

Согласно учению И. П. Павлова, причина лежит именно в том, что, несмотря на сниженный тонус обширных районов коры мозга, охваченных сонным торможением, у врача тем не менее остается возможность прямого воздействия на все стороны корковой деятельности больного. Это достигается именно благодаря тому, что в таких условиях кора мозга больного функционально расчленена на сонные и бодрствующие отделы. Своим словесным воздействием, падающим на ее бодрствующий отдел (зона раппорта), врач в этих условиях получает возможность прямого, особенно действенного и притом тонко дифференцируемого воздействия на любые стороны корковой деятельности. Он может влиять на пусковую и корригирующую деятельность коры, устранять возникшие в ней функциональные нарушения, воздействовать через нее на подкорку, на отдельные стороны деятельности всей анимально-эндокринно-вегетативной системы, интимные биохимические и трофические процессы, тканевые реакции и пр. Все это определяется содержанием словесного воздействия.

Все дело в том, чтобы врач сумел правильно использовать свое влияние и с наибольшим успехом провести ту сложную корригирующую и направляющую, стимулирующую и восстанавливающую психотерапию, какая в том или ином случае оказывается необходимой. Добившись положительного эффекта, врач должен соответствующим внушением достаточно прочно закрепить его, так же как и профилактически предотвратить возможность повторения аналогичных нарушений в будущем.

Вопреки существующему мнению о кратковременности успеха гипносуггестивной терапии длительность положительного катамнеза в некоторых приводимых здесь наших клинических наблюдениях доходила до 20 лет и более. Весьма важным является значительное сокращение таким путем и срока лечения, что подтверждается большинством наблюдений, проводимых не только нами, но и

другими авторами. Иллюстрируем это таким примером.

Больной П., 46 лет, обратился по поводу тяжелого неврастенического синдрома (крайняя раздражительность, диссомния, быстрая утомляемость, кошмарные сновидения), развившегося у него почти год назад после пережитого им тяжелого конфликта на службе, сопровождавшегося оскорблением его крайне болезненного самолюбия. Это вызвало развитие указанного невротического состояния и полную утрату работоспособности (переведен на инвалидность). Успокаивающая и тонизирующая гидротерапия и лечение бромидами эффекта не дали. Вследствие этого было проведено 6 сеансов психотерапии во внушенном сне, что в весьма короткий срок (6 дней) восстановило нормальное состояние больного, сон и работоспособность (рис. 81).

Следует отметить, что в отдельных случаях начальный положительный терапевтический эффект может быть получен в результате одного сеанса внушения, проведенного при первых признаках развития внушенного сна. Но для получения стойкого лечебного эффекта обычно требуется 5–6 сеансов психотерапии во внушенном сне. Иногда же, когда отмечается исключительная стойкость невротической симптоматики, может потребоваться 20–30 сеансов лечения и более. Со стороны физиологической продолжительность лечения определяется степенью инертности корковых процессов. Особенно быстро наступающий положительный эффект психотерапии во внушенном сне обычно наблюдается у больных, легко и быстро засыпающих.

Какая же стадия внушенного сна наиболее благоприятствует успеху психотерапии?

Как мы знаем, основной механизм внушаемости заключается в функциональной разорванности нормальной более или менее объединенной работы всей коры, возникающей в результате функционального расчленения больших полушарий на сонные и бодрые отделы. Это приводит к «неодолимости» слов внушения, так так последнее осуществляется при отсутствии обыкновенных влияний со стороны остальных частей коры. По данным Ф. П. Майорова (1950), сомнамбулическая стадия внушенного сна обусловлена именно этим максимальным функциональным расчленением коры мозга на сонные и бодрые отделы.

Вместе с тем есть, как мы знаем, и другой физиологический механизм, приводящий к повышенной внушаемости. Он связан с парадоксальной фазой торможения корковых клеток, при которой слабые раздражения вызывают в них сильную ответную реакцию, а сильные раздражения могут не вызвать никакой реакции. Напомним, что, по наблюдениям школы И. П. Павлова, парадоксальная фаза может возникать при тормозных состояниях корковых клеток, даже «едва отличимых от бодрого состояния» (стр. 33 и 88). Это говорит о том, что повышенная внушаемость может иметь место и при самых начальных признаках внушенного сна, лишь бы имелись условия для «легкого перехода в тормозное состояние корковых клеток».

Поэтому для успеха психотерапии вовсе не является необходимым получение именно самой глубокой стадии внушенного сна, как об этом склонны думать не только многие больные, но даже сами врачи, придающие лечебное значение

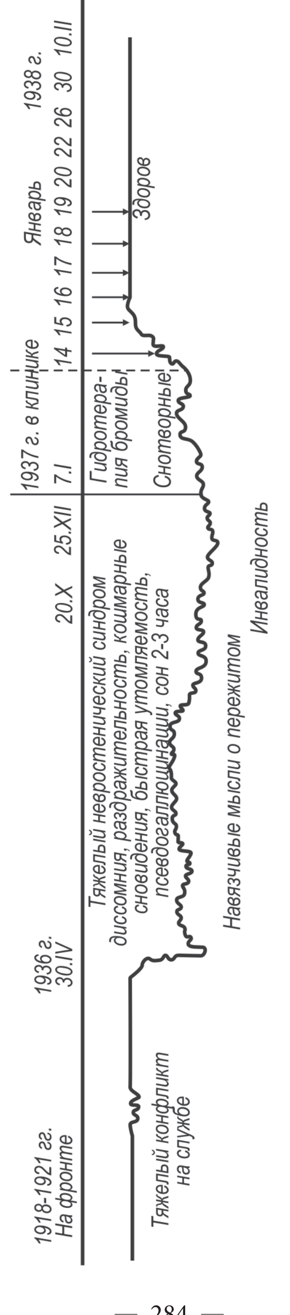


Рис. 81. Схема развития невроза и эффективности гипносуггестивной терапии. Стрелки обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

именно выраженному состоянию внушенного сна и нередко склонные отказаться от его применения, если только первая же попытка усыпления не удается. Бывают случаи, когда они совершенно необоснованно прекращают дальнейшие попытки усыпления, считая таких больных негипнабильными.

В последнее время большое внимание этому вопросу уделено В. Е. Рожновым (1956). Основываясь на данных своих исследований, он рекомендует широко пользоваться гипносуггестивной терапией даже в случаях, когда глубокий внушенный сон получить не удается. Наши амбулаторные и клинические наблюдения также подтверждают, что весьма четкий положительный терапевтический эффект делаемого врачом внушения нередко наблюдается даже при самом легком гипнотическом состоянии, что может иметь место после ряда совершенно безуспешных попыток осуществить внушение в бодрственном состоянии.

Вместе с тем проведение психотерапии путем сеансов внушения во внушенном сне является наиболее правильным именно в тех случаях, когда невротическое заболевание возникло в условиях фазового состояния коры мозга. В таких случаях психотерапия в фазовых состояниях, аналогичных или близких к этому состоянию, прямо показана. Отсюда вытекает и большая терапевтическая значимость этого метода. Кроме того, важное значение имеет соединение в этом методе двух могучих лечебных факторов: восстановительного сонного торможения и терапевтического внушения.

Отметим, что психотерапия во внушенном сне показана главным образом:

1) при значительной стойкости и патологической инертности истерического или неврастенического синдрома или синдрома навязчивости;

2) при невротических состояниях, лечение которых в бодрственном состоянии не дает положительного эффекта;

3) для быстрого общего успокоения больного, чтобы в дальнейшем перейти к разъяснительной и убеждающей психотерапии в состоянии бодрствования;

4) при психогенных реактивных депрессиях, даже иногда с бредовыми идеями, при алкоголизме и психогенных реактивных параноидных синдромах;

5) для целей «гипноанализа», т. е. выявления нужных для врача анамнестических сведений, которые выпали из сознания больного или касаться которых в бодрственном состоянии из-за травмирующего психику воздействия он еще не может;

6) как вспомогательный, чисто симптоматический терапевтический прием при соматических заболеваниях (невралгии, табические и карциноматозные кризы и пр.);

7) для дифференциальной диагностики функционального заболевания от органического;

8) для проведения терапии сном в качестве приема, свободного от токсических ингридиентов, связанных с применением фармакологических снотворных средств (особенно при противопоказаниях в отношении применения последних);

9) во всех случаях, когда необходимо усилить имеющееся охранительное гипнотическое состояние больного (истерия, шизофрения);

10) для проведения хирургической операции, родов и других лечебных меро-

приятий не под наркозом, а в гипнозе или в наркогипнозе, если к тому имеются соответствующие показания;

11) во всех случаях, когда гипносуггестивным путем может быть получен, усилен или упрочен эффект воздействия врачебного слова или другого лечебного мероприятия.

Противопоказаниями к применению метода гипносуггестивной психотерапии являются: параноидная форма шизофрении, психастения. Наконец, нельзя сразу приступать к гипносуггестивной психотерапии, если больной предубежден против гипноза и боится его. В этом случае нужна соответствующая подготовка.

Противникам же метода гипносуггестивной психотерапии следует знать, что, применяя этот метод, мы по существу не производим ничего необычного. В этом случае, как и во всех других, мы воздействуем на больного определенным содержанием слова, но делаем это, приведя больного в то состояние, в котором эффективность данного воздействия является наибольшей. Все это делается в нужном для больного направлении с целью устранить создавшиеся в коре его мозга патологические динамические структуры или структуры, потерявшие в данное время свое жизненное значение, и создать новые временные связи и динамические структуры, отвечающие нормальным условиям и потребностям его высшей нервной деятельности.

Как показывают приводимые нами примеры мотивированного внушения во внушенном сне, таким путем удается устранять не только отдельные патологические симптомы, как принято думать, но и весьма сложные патологические синдромы, обусловленные неблагоприятной для больного патогенетической ситуацией, и восстанавливать нормальную уравновешенность его основных корковых процессов, нормальное соотношение коры и подкорки и пр.

Конечно, большое значение имеет и влияние сонного гипнотического восстановительного торможения. Таким образом, этот терапевтический комплекс включает и само гипнотическое состояние и потому воздействует на высшую нервную деятельность больного особенно благоприятно.

В силу этого, подчеркивая важное положительное значение патогенетически правильно построенного словесного внушения, мы считаем совершенно необоснованным то отрицательное отношение к нему, какое до сих пор еще существует среди врачей, так же как и игнорирование большого теоретического и практического значения метода психотерапии во внушенном сне. Напомним, что, придавая гипнотическому сну животного при патологическом состоянии его мозговой коры особое значение, И. П. Павлов отмечал: «при экспериментальных заболеваниях нервной системы почти постоянно выступают отдельные явления гипноза, и это дает право принимать, что это – нормальный прием физиологической борьбы против болезнетворного агента». По словам М. К. Петровой (1949), гипнотическое состояние «было самым эффективным терапевтическим мероприятием из всех применяемых на большом количестве животных в течение многих лет».

Следует отметить, что И. П. Павлов признавая за нервными клетками коры мозга высшую степень реактивности и, следовательно, истощаемости он считал, что эта истощаемость служит «главным толчком к появлению в клетке особенного процесса торможения, экономического процесса (разрядка наша. – К. П.), который не только ограничивает дальнейшее функциональное разрушение, но и способствует восстановлению истраченного раздражимого вещества», ибо в условиях внушенного сна действительно имеет место процесс восстановления, т. е. сдвиг в сторону анаболизма.

Все эти соображения, как мы думаем, призваны окончательно устранить господствовавшие раньше и встречающиеся еще до настоящего времени, ни на чем не основанные суждения о «патологичности» и «вредности» гипнотического состояния для здоровья человека.

Применяемая врачом формула внушения при этом действительно получает весьма важное и чрезвычайно ответственное значение, ибо именно в ней самой лежит ключ к успеху психотерапии. Существенно важно что слово врача падает на кору мозга больного, находящуюся в состоянии пониженного тонуса, что обусловлено как состоянием внушенного сна, так и самим невротическим заболеванием и связанной с ним отрицательной астенизирующей эмоцией. В силу этого во внушенном сне слова врачебного воздействия могут зафиксироваться надолго, прочно входят в корковые динамические структуры. Поэтому та или иная возможность их ятрогенизирующего воздействия должна быть предусмотрена врачом и полностью устранена. Вот почему слова терапевтического словесного внушения должны подбираться весьма тщательно и должны быть достаточно хорошо продуманы и взвешены и даваться в форме, не допускающей какого-либо двойного толкования. В этом существо дела, ибо все искусство врача-психотерапевта состоит в патогенетически правильном применении слова. Миссия врача при этом приобретает особенно ярко выраженный творческий характер, а вместе с тем оказывается чрезвычайно ответственной. Формула словесного внушения должна быть не только вполне четкой, но и направленной прямо в цель, ибо внушение должно произвести в корковой динамике больного необходимые стойкие и глубокие перестройки.

Надо подчеркнуть, что общепринятое выражение «лечить гипнозом» в данном случае является не вполне точным, так как само состояние внушенного сна «лечит» лишь в той мере, в какой оно является удлиненным восстановительным сонным торможением. Что касается прямого терапевтического эффекта в виде «забвения» травмирующих психику переживаний или в виде изменения отношения к ним и пр., то это достигается, конечно, только самим содержанием лечебных словесных воздействий.

Следует добавить, что после сеанса внушенного сна врач должен убедиться в том, что больной совершенно освободился от сонного торможения. В случае неполного пробуждения, т. е. неполного растормаживания коры головного мозга, некоторое время может продолжаться состояние сонливости. Во избежание этого больного следует снова погрузить в легкую дремоту, из которой вновь пробудить словами: «Теперь вы вполне проснулись и пришли в обычное бодрое состояние!» Или же императивным приказом: «Больше не спать! Проснулись окончательно!»

Как отмечает В. М. Бехтерев (1911), такое повторное внушение полного пробуждения «устраняет все нежелательные явления, явившиеся последствием гип-

ноза». «Отсюда должно быть ясно, – подчеркивает он, – что гипнотизировать может и имеет право только врач, причем ни в коем случае недопустимы сеансы гипноза и внушения лицами несведущими, а тем более не врачами».

Итак, мы приходим к заключению, что вредным может быть не само гипнотическое состояние, чего раньше многие опасались, а именно травмирующие психику слова врача или же неумело сделанное внушение.

Мы считаем лишенными оснований опасения, что вследствие частых сеансов словесных внушений во внушенном сне у больного может ослабеть волевая способность или же разовьется повышенная внушаемость. В силу большой функциональной мозаичности мозговой коры врач может воздействовать словесным внушением лишь на определенные корковые динамические структуры, не затрагивая огромного количества других структур. Этим, по-видимому, исключается, опасность общего повышения внушаемости или же какого-либо ослабления волевых качеств больного. Некоторое повышение внушаемости может и должно иметь место лишь в отношении к усыпляющему врачу, без чего не может иметь успех и сама гипносуггестия.

Явления повышенной внушаемости могут развиваться и в бодрственном состоянии, что наблюдается, например, во всех случаях тесного общения между людьми, когда эта повышенная внушаемость определяется возникшим и укрепляющимся доверием к близкому человеку.

Снижение же волезых качеств может произойти лишь в случае применения какого-либо специального словесного внушения, направленного именно в эту сторону, что, конечно, противоречит основным моральным установкам советского врача. Поэтому такого рода опасность совершенно отпадает. Если врачу оказано огромное доверие тем, что в его руки дан весьма значительный ассортимент различного рода физических и химических средств, которые при неправильном обращении с ними могут оказаться ядовитыми, отравляющими или же чрезмерно сильно дейтвующими, то нет никаких оснований отказывать ему в праве с той же степенью ответственности приводить больного в состояние внушенного сна и делать ему в этом состоянии соответствующие полезные для больного словесные внушения.

Следует отметить также известное в литературе положение, свидетельствующее о том, что внушения, противоречащие прямым личным интересам усыпленного или его моральным установкам, как правило, остаются нереализующимися. В этом нам приходилось многократно убеждаться во время исследования людей, находящихся в сомнамбулической стадии гипноза. Несмотря на их, казалось бы, чрезвычайно повышенную внушаемость, далеко не все внушаемое ими реализуется.

Тем не менее необходимо отметить, что даже в бодрственном состоянии больного неосмотрительно сказанные врачом слова могут, как известно, вести к возникновению подчас очень тяжелого ятрогенного заболевания. Но сила этого воздействия может оказаться во много раз более значительной, если больной находится в состоянии внушенного сна, а слова произносятся врачом в форме императивного внушения. При этом необходимо учитывать, что вызывать ятрогению

может не только содержание слов врача, но и интонация и даже жест, которые ничего не значащему слову могут придать определенный смысл.

Принимая все это во внимание, мы подчеркиваем необходимость соблюдать требования «асептики» внушаемого слова. Врач может и должен применять словесное внушение во внушенном сне, но он обязан делать это с той же четкостью, уверенностью и спокойствием, с которыми хирург владеет ножом.

Итак, и состояние внушенного сна как такового, и патогенетически правильное терапевтическое словесное внушение являются безвредными. Поэтому имеется полная возможность использования гипносуггестивного метода для лечебных, диагностических или научно-исследовательских целей, связанных, например, с изучением физиологических процессов и состояний, наблюдающихся у человека в гипнозе.

Комбинированная психотерапия.

В ряде случаев при решении вопроса о том, какой именно прием психотерапии должен быть применен, врач встречается с известными трудностями. Немалое значение имеет неясность самой причины, вызвавшей невротическое заболевание, сложность патологической симптоматики, связанной с наличием нескольких одновременно действовавших патогенетических факторов, сложность предшествовавших заболеванию и сопутствующих ему средовых воздействий, ослабивших нервную систему больного и пр. В таких случаях приходится прибегать к более сложным приемам выяснения причин, как и к более сложным психотерапевтическим воздействиям. Все это мы и определили выше (стр. 242) как большую, глубокую психотерапию.

По существу она содержит в себе значительную работу врача по распознаванию характера неблагоприятных ситуационных воздействий, которым больной подвергался, по перестройке отношения больного к травмировавшим его психику факторам, по проведению психотерапии путем разъяснения, убеждения и внушения в бодрственном состоянии и закреплению во внушенном сне с последующим пролонгированным внушенным сном-отдыхом (комбинированная психотерапия).

Таким образом, разнообразие форм невротического заболевания, условий его развития, лежащих в его основе патофизиологических механизмов и типовых особенностей нервной системы больного определяет и разнообразие методов психотерапии, проводимой как в бодрственном состоянии, так и во внушенном сне.

Соответственно этому комбинированную психотерапию мы обычно применяем в такой последовательности: прежде всего должна быть проведена обстоятельная анамнестическая беседа, после которой в бодрственном состоянии применяется психотерапия в виде разъяснений и убеждений. Затем, если это необходимо, делаются внушения по Бернгейму – Бехтереву с последующим подкреплением их в дремотном состоянии. Вначале мы обычно довольствуемся лишь дремотным состоянием, стараясь углублять последнее, если содержание словесного внушения травмирует больного (оживление слишком свежих следов пережитых или переживаемых им в данное время состояний). Наконец, если психотерапия, проводимая в дремотном состоянии, оказывается недостаточно эффективной, мы

пытаемся переходить к проведению ее уже во внушенном сне (в сомнамбулической стадии его).

Каждый сеанс психотерапии во внушенном сне обычно завершается более или менее длительным состоянием глубокого внушенного сна-отдыха, создаваемого во внушенном сне. Это весьма способствует закреплению и упрочению достигнутого словесными внушениями терапевтического эффекта, содействует уравновешиванию корковых процессов, повышает корковый тонус, в силу чего является весьма важным и эффективным заключительным терапевтическим приемом.

В качестве примера применения комбинированной психотерапии мы можем привести следующее наше наблюдение.

Больная Н., 24 лет, счетовод, обратилась с жалобами на приступы сердцебиения и боязнь заболеть эпилепсией, возникшие 1,5 месяца назад. До этого была здорова, жизнерадостна, но отличалась повышенной впечатлительностью и мнительностью. Заболевание связывает со смертью своей сестры, умершей во время эпилептического припадка {status epilepticus), когда дома никого не было. По словам больной, придя с работы и внезапно увидев труп умершей сестры, она пережила сильный испуг, почувствовала сильное сердцебиение и общую слабость, а к вечеру ее «тянуло на рвоту». Через l,5 месяца после этого она среди ночи проснулась с внезапно возникшей мыслью, что «эпилепсия развивается от испуга» (о чем слышала раньше от других), и ее охватил сильный страх перед возможностью заболеть эпилепсией. С этого дня навязчивая фобия ее не покидает, вследствие чего она все время находится в волнении и тревоге, постоянно испытывает усиленное сердцебиение, потеряла аппетит, дома спать не может. На работе чувствует себя лучше, но вынуждена часто прерывать работу из-за постоянных слез. За 10 дней потеряла в весе 5 кг. Лечение бромидами и снотворными, как и попытки «взять себя в руки» (по совету врачей), безрезультатны, ухудшение состояния прогрессирует.

Применена психотерапия. Проведено две длительных психотерапевтических беседы в бодрственном состоянии, в которых разъяснялась ошибочность ее представлений о развитии эпилепсии, как и о самой природе этого заболевания, и полная необоснованность ее страха заболеть ею. Больная несколько успокоилась, но приступы сердцебиения продолжались. При этом больная заявила, что отделаться от своего неуместного «страха заболеть», продолжающего проявляться особенно среди ночи, она не может.

Вследствие этого применено мотивированное внушение в легкой дремоте. После 1-го сеанса больная почувствовала себя значительно лучше: проснулась бодрой, в хорошем настроении. Мысли об эпилепсии уже не пугали. Но утром следующего дня вновь появилось сердцебиение и дрожь, хотя без чувства страха. Через час успокоилась, но поела с трудом. Второй и третий сеансы, также проведенные в легкой дремоте, дали значительное улучшение. Мысли об эпилепсии, возникая, быстро проходят, не вызывая страха. Аппетит улучшился, на работе стала спокойнее. Однако сердцебиения еще бывают, зайти домой не решается.

Проведено еще 3 сеанса в виде длительного внушенного сна-отдыха.

По сведениям, полученным через месяц после лечения (3 сеанса, проведенных в легкой дремоте, и 3 сеанса внушенного сна-отдыха), совершенно поправилась. Диагноз: навязчивый невроз в форме нозофобии (наблюдение автора).

Как мы видим, комбинированная психотерапия необходима в тех случаях, когда попытки провести психотерапию в бодрственном состоянии не приводят к необходимому терапевтическому эффекту. Она нужна также и для закрепления во внушенном сне или в условиях длительного внушенного сна-отдыха полученного в бодрственном состоянии терапевтического эффекта.

Такие примеры многочисленны. Наиболее выразительным из них можно считать наблюдение 6, приведенное в главе XX (стр. 365–368).

Таким образом, подходя к каждому больному индивидуально, в зависимости от характера невротического состояния, анамнестических данных, типовых особенностей высшей нервной деятельности и пр., мы применяем тот или другой из описанных выше методов психотерапии. Нам кажется, что то же физиологическое состояние коры мозга, в котором она находилась, когда невротическое состояние возникло (а затем и закрепилось), должно быть использовано и при устранении его путем психотерапии. Это является особенно необходимым в том случае, когда при развитии невроза кора мозга находилась в переходном, фазовом состоянии. С этой целью больной должен быть приведен в то же состояние повышенной внушаемости. Это может быть состояние покоя (лежа с закрытыми глазами), дремоты или внушенного сна.

Об этом говорит то, что, как это нередко приходится наблюдать, ряд невротических симптомов, упорно не поддающихся воздействию в бодрственном состоянии, легко устраняется в дремотном состоянии или в первом же сеансе внушения во внушенном сне.

Такой же путь психотерапевтических мероприятий может быть применен и для анализа лежащих в основе заболевания патофизиологических механизмов.

Однако следует подчеркнуть, что в какой бы форме ни была применена психотерапия, для ее успеха прежде всего необходимы положительное отношение больного к врачу, его полное доверие к нему, авторитет врача в глазах больного, умелый подход врача к больному с учетом его индивидуальных особенностей и вдумчивое отношение его к пережитым больным «трудным условиям», которые и привели его к невротическому заболеванию. Успех врачебного психотерапевтического воздействия, оказываемого на больного, находится в прямой зависимости от такта врача, его умения завоевать авторитет в глазах больного, опытности врача и его знаний и, конечно, глубокого внимания к больному.

Вместе с тем и в своей психотерапевтической практике мы постоянно руководствуемся указаниями В. М. Бехтерева (1911), что «как ни могущественна в известных случаях сила внушения и психотерапии вообще, принимая во внимание и влияние их на соматические функции организма, нет никакого основания наряду с лечением внушением и другими видами психотерапии избегать лекарственного и физического лечения, показанного при той или иной болезни». «Мы полагаем,– говорит он в другом месте,– что современная медицина вообще не должна

замыкаться в какой-либо один метод, а должна пользоваться всеми доступными для врача методами лечения, чтобы достигнуть соответствующего успеха».

Вместе с тем нужно иметь в виду, что психотерапевтическое воздействие содействует успеху также и при всех других одновременно применяемых лечебных мероприятиях (фармакотерапия, физиотерапия). Об этом, в частности, говорят наблюдения дерматолога И. А Жукова (1957).

Следует отметить, что в приводимых на страницах этой книги многочисленных наблюдениях психотерапия нами сознательно проводилась без одновременного применения фармакотерапевтических и физиотерапевтических средств. Это делалось с целью показать действенность чистой психотерапии как монометода, ибо без этого трудно создать у читателя убеждение в положительном значении последней.

Из приведенного нами клинического материала видно, что немалое число невротических заболеваний развивается по физиологическому механизму внушения и самовнушения. В этом мы также видим теоретическое обоснование целесообразности применения в таких случаях методов словесного внушения как в бодрственном состоянии, так и во внушенном сне.

Наконец, как уже нами отмечалось, значительная длительность патологического состояния отнюдь не может служить препятствием к быстрому и окончательному устранению его словесным внушением во внушенном сне, а иногда и в бодрственном состоянии. Ряд приведенных нами наблюдений может служить доказательством этого.

Лечебное значение внушенного сна-отдыха.

В качестве широко применяющегося нами вспомогательного терапевтического приема всегда служил длительный внушенный сон-отдых. Обычно он был заключительным приемом после каждого сеанса психотерапии и, как правило, способствовал восстановлению сниженного тонуса корковых клеток и закреплению полученного терапевтического эффекта.

Необходимо отметить, что уже кратковременное пребывание больного в состоянии внушенного сна нередко оказывает на его нервную систему положительное действие. Об этом говорят весьма многочисленные наблюдения ряда авторов, а также наши и наших сотрудников. В ряде случаев даже состояние неглубокого внушенного сна само по себе, без каких-либо специальных внушений, приводит к определенному терапевтическому эффекту. Так, некоторые наши больные после пробуждения от первого же внушенного сна нередко заявляют об исчезновении у них имевшихся до того болевых явлений или неприятных ощущений, хотя внушений такого рода им не делалось.

Длительный внушенный сон по самой своей природе является длительным восстановительным сонным торможением. Все это делает его терапевтически ценным приемом воздействия на корковую динамику при всех функциональных нарушениях высшей нервной деятельности. Нужно отметить, что стремление заменить длительный медикаментозный сон внушенным сном, длительность которого может быть доведена до многих часов и даже суток, находит в этом полное

оправдание, тем более, что применение для длительного лечебного сна всякого рода фармакологических снотворных имеет многие отрицательные стороны. Кроме того, при внушенном сне можно регулировать глубину его, а также делать необходимые терапевтические внушения.

Преимущество внушенного сна перед сном фармакологическим в свое время было экспериментально доказано ближайшей сотрудницей И. П. Павлова М. К. Петровой (1945, см. примечание 6, стр. 474). Сравнивая эффективность медикаментозного сна и сна условнорефлекторного у собак-невротиков с кожными экземами и язвами, М. К. Петрова утверждает, что гипнотическое торможение, переходящее в обычный глубокий сон, оказывается наиболее эффективным в отношении быстроты и продолжительности терапевтического воздействия. В частности, она отметила повышение устойчивости организма собак после длительного условнорефлекторного сна к различным воздействиям, ослабляющим нервную систему. Вместе с тем быстрота исчезновения имевшихся трофических кожных расстройств находилась, по ее словам, «в прямой зависимости от глубины гипнотического сонного торможения».

Все это подтверждается нашими наблюдениями и свидетельствует о необходимости углубления пролонгированного внушенного сна больных соответствующими словесными внушениями.

Длительное пребывание в состоянии внушенного сна особенно показано при длительном воздействии факторов, сильно истощающих нервную систему, например при сверхсильных переживаниях, тяжелой хирургической операции, трудных затяжных родах, тяжелом соматическом заболевании, общей усталости, повышенной нервной возбудимости и т. д. Словом, сон нужен тогда, когда необходимо поднять тонус коры мозга, урегулировать состояние корковых процессов, усилить процессы ассимиляции, поднять анаболизм. Хирурги могут широко использовать состояние длительного внушенного сна в пред- и послеоперационном периоде, поручая это делать специально обученному среднему медицинскому персоналу.

Есть основания считать, что применение длительного внушенного сна может иметь важное практическое значение в профилактике гипертонической болезни, при лечении язвенной болезни, при ранних стадиях туберкулеза и вообще во всех случаях, когда требуется в короткие сроки обеспечить максимальное восстановление сил. Что же касается невротических заболеваний, то при них длительный внушенный сон является важнейшим терапевтическим приемом, применяемым непосредственно вслед за устранением словесным внушением основных патогенетических факторов данного заболевания.

Так, по наблюдениям А. П. Прусенко, проведенным в 1926 г. в диспансере Украинского психоневрологического института, применение длительного внушенного сна оказывало благотворное влияние на подростков, страдавших повышенной возбудимостью нервной системы (групповой метод применения длительного внушенного сна). По данным наших сотрудников 3. А. Копиль-Левиной и И. Т. Цветкова, длительный внушенный сон возвращал силы роженице (при затяжных родах), и роды заканчивались без наложения шипцов, тогда как до того была необходимость в их применении.

И. Т. Цветковым был получен весьма значительный положительный терапевтический эффект длительного внушения сна-отдыха также при токсикозах беременности.

Положительные результаты психотерапии, проводившейся во время длительного внушенного сна, отмечены М. И. Кашпур (Доклад на научной конференции Центральной психоневрологической больницы Министерства путей сообщения, посвященной 300-летию воссоединения Украины с Россией, май 1954 г.) при органических заболеваниях центральной и периферической нервной системы, сопровождавшихся функциональными нарушениями и психогенными наслоениями. Наблюдение над 400 больными, прошедшими курс этого лечения показало, что этим методом, применяемым не только индивидуально, но и групповым способом, могли быть устранены реактивно повышенная возбудимость нервной системы, реактивная бессонница, болевые явления (преимущественно их следовые реакции), астенические состояния, осложняющие картину органического заболевания и ухудшающие самочувствие больного. Иначе говоря, таким путем можно способствовать скорейшему улучшений состояния больного. Во всех этих случаях терапия сном и психотерапия проводились после безуспешного медикаментозного лечения и физиотерапии. Хорошие результаты наблюдал И. В. Стрельчук (1951а), применяя пролонгированный внушенный сон при лечении алкоголиков.

Еще более важным вспомогательным терапевтическим приемом может служить приведение больного, находящегося во внушенном сне, в физиологическое состояние «глубокого отдыха». Обычно такое состояние, создаваемое специальным внушением, применяется в определенных случаях как заключительный прием после каждого сеанса психотерапии и может служит для усиления и закрепления полученного терапевтического эффекта.

Следует подчеркнуть, что, как мы это уже отмечали выше (стр. 79), состояние «глубокого отдыха» качественно отлично от обычного состояния внушенного сна, а также сна медикаментозного. В состоянии внушенного «глубокого отдыха», по-видимому, происходит максимальная активизация восстановительной деятельности коры мозга. В свое время такой «глубокий отдых» чисто эмпирически применялся многими старыми гипнологами, особенно, как уже упоминалось, стокгольмским врачом Веттеострандом, хотя физиологические механизмы, лежащие в основе этого состояния, до работ школы И. П. Павлова оставались нераскрытыми. Для иллюстрации эффективности состояния глубокого отдыха, создаваемого путем соответствующего внушения во внушенном сне, приводим следующее наблюдение.

Больная 66 лет после перенесенной гриппозной пневмонии была чрезвычайно ослаблена, истощена и адинамична. Испытывает отвращение к пище, страдает упорной бессонницей. Поддерживается камфарой. Положение признано угрожающим.

Были применены сеансы внушенного глубокого сна-отдыха. Первый такой сеанс получасовой длительности возвратил больной на несколько часов достаточную физическую бодрость и влечение к пище. Повторные сеансы длительностью по 8 часов, проведенные в последующие дни, окончательно восстановили аппетит и ночной сон. Физическое состояние больной улучшилось, и через неделю она свободно двигалась, чувствуя себя достаточно бодрой.

Причины неудач психотерапии.

До сих пор нами намеренно приводились главным образом примеры успешного применения психотерапии. Это было сделано с целью показать, что именно она может дать, как и когда следует ее применять, чтобы добиться успеха. Однако бывают случаи, когда те или иные приемы психотерапии остаются безрезультатными или же недостаточно эффективными.

Каковы причины неудачного применения психотерапии?

Отсутствие эффективности прежде всего может быть обусловлено ошибкой в диагностике заболевания или недостаточно продуманной врачом и поверхностно проведенной им психотерапией (например, без вскрытия психогенеза или же при ошибочно понятом патогенетическом значении того или иного фактора, при недостаточно углубленном анализе природы заболевания и т. д.). Причина может заключаться в неумелом, нечутком подходе врача к больному, когда не удалось установить необходимого контакта с больным и обеспечить полное доверие с его стороны. Неудача может быть обусловлена наличием какого-либо не учитываемого врачом обстоятельства в жизни больного, например неблагоприятной ситуации в его семье или в трудовой деятельности. Причина неудачи психотерапии может лежать в патологической инертности корковых процессов больного. В этом отношении весьма показательно отсутствие стойкого успеха психотерапии у лиц, принадлежащих к крайне слабому типу нервной системы и требующих применения наряду с психотерапией укрепляющей физио-фармакотерапии. Большим препятствием успеху психотерапии может быть негипнабильность больного, если гипносуггестивная психотерапия была ему прямо показана. Наконец, причина может заключаться в скрытой заинтересованности больного продолжать болеть (например, при нежелании больного избавиться от алкоголизма) или же казаться больным.

Неблагоприятным фактором может также быть ошибка в терапии, связанная, например, с упорным применением врачом какого-либо одного приема психотерапии, в частности гипносуггестивного, и игнорирование им других приемов, например разъяснительной психотерапии в бодрственном состоянии, косвенной психотерапии, тренировочных приемов (упражнения в самостоятельном хождении по улицам больного, страдающего агорафобией) и т. п. Наконец, большую роль играет отсутствие внешних условий, обеспечивающих успех проводимой им психотерапии.

Конечно, мы допускаем возможность отсутствия у начинающего врача достаточного опыта в проведении психотерапии, в частности гипносуггестивной. Но этот опыт не столь сложен, требуется лишь овладение методикой словесного усыпления и проведения лечебных внушений. Необходима достаточная чуткость и вдумчивость, а также знание приемов усыпления и внушения. Все это должно достаточно хорошо практически усваиваться молодым врачом еще в медицинском институте. Имеет также важное значение умение врача владеть своим словом.

Чтобы показать, как тонко в отдельных случаях врач должен подходить к пониманию причин, лежащих в основе невротического заболевания, приведем следующее наблюдение.

Больная Ф., 36 лет, домашняя хозяйка, обратилась в диспансер Украинского психоневрологического института летом 1947 г. с жалобами на боли в голове и сердце, «выпирание глаз», бессонницу, потерю интереса к жизни, приступы страха, сопровождающиеся сумеречным состоянием сознания и неправильным поведением. Во время таких приступов она тревожна, беспокойна, плачет. Ей кажется, что случилось несчастье. Ей делается страшно от того, что пропала ее дочь (в то время как дочь пошла в школу), и она начинает искать ее, заглядывая под кровати, в шкафы, за двери. Или же ей начинает казаться, что она лишилась своей семьи, и она начинает рыдать, оплакивая свое воображаемое одиночество. В такие минуты на обращенную к ней речь не реагирует и успокоить ее не удается. Но, оставленная в покое, часа через полтора приходит в себя и успокаивается.

Такие состояния стали возникать около года назад. Перед этим она перенесла ангину и маточное кровотечение. По поводу своих жалоб постоянно обращается к врачам, лечится.

В неврологическом стационаре, где она находилась, был поставлен диагноз постинфекционного диэнцефального синдрома и проводилась противоинфекционная и дегидратационная терапия, но безрезультатно. Это лишь ухудшило ее состояние, усилило тревогу за здоровье и повысило наклонность к самовнушениям. Под влиянием жалоб других больных стационара она все их симптомы находила у себя. По выходе из стационара стала бояться оставаться дома одна, мужа от себя не отпускала. Не доверяя невропатологам, начала лечиться амбулаторно у одного из врачей-психотерапевтов. Получила 5 сеансов внушения в гипнозе, во время этих сеансов спала, но облегчения это ей не дало, так как психотерапия была проведена неправильно, в отрыве от анамнеза.

После этого обратилась в Украинский психоневрологический диспансер. Здесь было замечено, что, несмотря на свои бесконечные жалобы и большую словоохотливость, она с врачом не была откровенна и скрывала некоторые интимные стороны ее жизни. Так как в основе ее невротического состояния могла лежать оставшаяся невскрытой психогения, для больной были созданы условия, способствующие ее свободным и длительным высказываниям об ее жизни до замужества и после него, об ее вкусах и интересах.

Таким путем в нескольких продолжительных анамнестических беседах с ней было установлено следующее. Вышла замуж по настоянию родных, мужа никогда не любила, жизнь свою считала «загубленной» неудачным замужеством и мирилась с создавшимся положением лишь потому, что материально муж ее хорошо обеспечивал. Но с весны 1947 г., когда материальное благополучие семьи резко ухудшилось, Ф., не привыкшая ни в чем терпеть нужду, растерялась, плакала, сделалась придирчивей к мужу, домашнюю работу запустила, стала жаловаться на неприятные и мучительные ощущения в голове и теле и на то, что она «всем в тягость». Однако, высказывая опасения, что ее дочь может «заболеть от недостатка питания», тем не менее сама не отказывала себе ни в чем, мотивируя это своей «болезнью».

Таким образом, стала ясна зависимость ее невротического состояния от сложившейся за последний год неблагоприятной семейной обстановки. Нужно было заставить больную понять неправильность ее положения в семье и необходимость помогать мужу в добывании средств к существованию. Однако, чтобы не нарушить с трудом установившийся контакт с больной, врачу пришлось действовать иносказательно, окольным путем.

С этой целью в одной из бесед ей было рассказано содержание одного английского романа, героиня которого точно так же неправильно вела себя по отношению к мужу и создала в семье столь же невыносимую обстановку. В заключение врач сделал вывод, порицающий поведение героини романа и вызывающий сочувствие к ее мужу.

Больная напряженно и внимательно слушала врача и не прерывала беседы, а по окончании ее ушла очень присмиревшей и озабоченной. С тех пор на прием не являлась.

Путем патронажного наблюдения удалось выяснить, что после этой беседы в ее поведении произошла резкая перемена. Она стала живой и деятельной, ее жалобы на страхи и недомогание прекратились. На вопрос патронажной сестры, что именно изменило ее, она ответила: «Одно слово врача спасло меня, и я стала здоровой».

Врач назвал героиню романа «куклой». Больная поняла, что была проведена прямая аналогия между нею и паразитировавшей в своей семье героиней романа. Это слово заставило ее почувствовать, что и она в своей семье играла такую же жалкую роль. Все это привело к выздоровлению. Стала активным членом семьи. Положительный катамнез прослежен в течение нескольких лет (наблюдение М. И. Кашпур).

В данном случае путем вскрытия психогении и правильной психотерапевтической помощи было устранено невротическое состояние, причем был исключен диагноз органического заболевания центральной нервной системы и поставлен диагноз реактивного невроза истерического типа.

Таким образом, врачу помог углубленный анализ поведения больной в семье. Как мы видим, наряду с другими врачебными воздействиями (разъяснения и убеждения) проведенная врачом аналогия содействовала перестройке психики больной и помогла ей найти свое место в жизни.

Необходимо отметить, что сеансы гипносуггестивной терапии, проведенные первым психотерапевтом, не дали эффекта, по-видимому, потому, что врач действовал чисто механически, «без лишних разговоров», причем больной внушались «успокоение», «забвение пережитого», «бодрость духа», «необходимость изменения отношения к мужу» и пр. Врач делал это сухо и без детального выяснения и учета весьма важных анамнестических данных.

Приводим другое, аналогичное наблюдение.

Больная И., 33 лет, лечилась по поводу невротического заболевания сначала

у одного психотерапевта, затем у другого. Однако проведенная ими гипносуггестивная психотерапия успеха не имела. Безуспешность ее сама больная объясняла тем, что первый врач «уделял ей недостаточное внимание», а второй «не вызвал доверия» с ее стороны, так как сам страдал остаточными явлениями перенесенного им гемипареза. Лечение же, проведенное третьим психотерапевтом, дало положительный эффект.

Со слов самой больной, третий врач завоевал ее расположение своим участием и вниманием к ней. Больной импонировало то терпение, с каким врач выслушивал ее, подкупала манера его по-дружески и не торопясь вести с ней беседу. Она особенно ценила то, что во время многочисленных и длительных бесед с нею врач ни разу не изменил принятого тона, не проронил ни одного слова, способного испугать ее или нарушить контакт с ней. Напряженно прислушиваясь к каждому слову врача, она, по ее словам, не услышала от этого врача банального «докторского» утешения, нравоучения или порицания. Больную трогало стремление врача во что бы то ни стало выяснить причины невроза путем ознакомления во всех деталях с ее переживаниями, от чего самой больной постепенно открывалась прямая связь ее болезненных симптомов с психотравмирующими ее факторами.

Таким образом, большое значение имеет умелый и внимательный подход врача к больному, вселяющий доверие больного к врачу, без чего все попытки провести психотерапию оказываются безуспешными.

Итак, мы видим, что в определенных случаях при умелом и чутком подходе врача к переживаниям больного можно помочь больному создать нормальные семейные или общественные отношения и таким путем устранить имеющиеся у него функциональные нарушения высшей нервной деятельности.

ГЛАВА XVI

МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОГО ВНУШЕНИЯ

...Внушаемость есть явление, свойственное всем и каждому. Оно глубоко коренится в природе человека и основано на непосредственном влиянии слова и других психических импульсов на ход ассоциации, на действия и поступки и на различные отправления организма.

В. М. Бехтерев

Общие принципы построения формул внушения и убеждения. Необходимо учесть, что слова внушения при благоприятных условиях могут оказывать огромное влияние на все процессы, протекающие в коре головного мозга. Эти слова составляют собой формулу внушения.

Что касается формулы убеждения, то она, как правило, всегда строится на системе логических доводов и последовательно развертываемых доказательств. Таковы, например, «обучение родам» в системе психопрофилактики родовых болей, противоалкогольные беседы и т. п. Врач разъясняет больному действительное положение вещей, неосновательность сделанных больным выводов в отношении тревожащих его фактов или травмировавших его событий и т. п. Таким путем под влиянием слов врача в коре мозга больного должна создаваться новая система отношений, ограничивающая значение возникших в ней патологических динамических структур, и должны образоваться новые жизненные установки, правильно ориентирующие больного в данной области.

Если слова разъяснения и убеждения обычно направлены на перестройку системы отношений, сложившейся у больного в прошлом, и имеют в виду изменение их в будущем, то слова терапевтического внушения, наоборот, должны иметь форму императивного сообщения о том, что именно с больным уже произошло. Например: «Пережитое вами событие уже отошло в далекое прошлое и больше вас не волнует, вы относитесь к нему вполне спокойно, ваша жизнь идет теперь вполне нормально, самочувствие хорошее, ночной сон крепкий и спокойный».

Или: «Все ваши прошлые тяжелые переживания вами уже забыты, а при случайном воспоминании о них вы относитесь к ним уже спокойно». Или при лечении алкоголика: «Влечения к употреблению спиртных напитков у вас уже нет, наоборот, вы относитесь к ним совершенно безразлично». Или же: «Вы испытываете совершенно непреодолимое отвращение к ним» и т. п.

Вместе с тем формула внушения должна быть выражена в немногих простых и понятных словах, по своему характеру отвечающих индивидуальным особенностям больного, уровню его интеллектуального развития, форме его заболевания и пр. Она не должна содержать ничего лишнего.

В более сложных случаях формула внушения может быть расширена, причем текст внушения должен быть предварительно продуман и отредактирован. Для этого он может быть даже заранее заготовлен в письменном виде. Производя внушение, врач должен произносить, слова авторитетно и твердо, уверенно и спокойно повторяя формулу внушения несколько раз (через определенные промежутки времени) с тем, чтобы создаваемые ею условнорефлекторные связи достаточно упрочились. Следует особенно подчеркнуть, что каждое слово, предназначенное для внушающего воздействия во внушенном сне, является для коры мозга больного точно отдифференцированным раздражителем, смысловое значение которого только в том случае будет иметь необходимую терапевтическую силу и значимость, если оно будет вполне ясным и понятным для больного.

Следует отметить, что успех словесного внушения в известной мере определяется не только содержанием самой формулы внушения, но и выразительностью речи – силой звука, интонацией голоса, теми или иными ударениями, отвечающими смысловой значимости произносимых слов, и пр. Кроме того, при внушениях во внушенном сне речь должна быть негромкой. Иногда же внушения полезно делать голосом различной силы, даже шепотом (если можно предполагать наличие парадоксальной фазы торможения клеток коры мозга усыпленного).

Содержание формулы терапевтического внушения, ее структура, ее прямая и четкая патогенетическая направленность играют огромную роль. Нужно иметь в виду, что полное устранение имеющегося, патологического синдрома нередко требует ряда повторных (5-10-20) сеансов.

Следует отметить, что в словах внушения не должны получать отражения личные взгляды самого врача, если они не отвечают социальным установкам или точке зрения больного, затрагивают его самолюбие, его отношения с близкими и т. д. Естественно, что такое незаконное вмешательство в личную жизнь больного может повредить успеху внушения, так как неизбежно встретит со стороны больного прямое противодействие.

Вместе с тем формула внушения всегда должна быть вполне четкой и определенной. Однако она может предусматривать как немедленную, так и отсроченную реализацию его. В последнем случае должен быть предусмотрен точный срок или же определенные условия реализации внушения. Поэтому, конечно, нельзя внушаемое относить к какому-то неопределенному будущему, например говорить: «Ваша нервная система окрепнет (?), припадки прекратятся (?), вы будете (?) чувствовать себя здоровым» и т. п. В такой неопределенно построенной формуле

внушения речь идет о каком-то неизвестном будущем, когда все это должно будет произойти.

Как уже было отмечено, в некоторых случаях внушение во внушенном сне может иметь характер либо мотивированного разъяснения и убеждения, либо авторитетного наставления или совета (мотивированное внушение по В. М. Бехтереву и Г. Левенфельду).

Нет сомнения в том, что эмоциональное состояние больного во время лечебного внушения должно быть в центре внимания врача.

В примененной им формуле внушения это должно быть отражено в полной мере. Вместе с тем слова внушения сами должны быть возможно более ярко эмоционально окрашены.

Если образование патологической динамической структуры было связано с чрезмерно сильной отрицательной эмоцией, что и привело к возникновению коркового «больного пункта» с его более или менее сложными невротическими синдромами, то устранение их также требует создания не менее сильных эмоциональных воздействий. Поэтому, когда производится внушение: «Пережитое вами событие уже отошло в прошлое, оно вас больше уже не волнует», повторяемое несколько раз, то вызывается индукционное торможение имеющегося очага концентрированного раздражения. Это в свою очередь приводит к ослаблению окружающей его зоны отрицательной индукции, а в силу этого – к устранению самого «больного пункта». Слова «пережитое отошло в прошлое» – это тормозной условный рефлекс (условный тормоз), направленный прямо на устранение того патологического состояния, каким является изолированный корковый «больной пункт».

Таким образом, построение формулы терапевтического внушения есть результат детального изучения врачом условий развития невроза. Поэтому к сеансу терапевтического внушения врач-психотерапевт должен в известной мере готовиться так, как, например, хирург готовится к хирургической операции, – заранее обдумывая свою тактику и предусматривая возможные обстоятельства и осложнения, в силу которых внушаемое слово может оказаться действующим иначе, чем мыслит врач.

Применение косвенного внушения.

В практике психотерапии в случае недостаточной эффективности прямого словесного внушения иногда исключительно важное значение получает косвенное внушение. При этом формула внушения должна содержать строго определенные конкретные условия, при наличии которых внушаемое «должно будет реализоваться». Эти условия могут быть либо простыми, либо более или менее сложными, о чем мы уже говорили выше (стр. 36-37).

Так, если врачебная задача ограничивается получением эффекта обезболивания (например, при родах), методика косвенного внушения весьма проста. В бодрственном состоянии больного она сводится примерно к следующему внушению: «Вам сейчас будет сделан укол (или лекарственная микроклизма и пр.), после чего боли тотчас же прекратятся, вы заснете и будете спокойно спать в те-

чение 2 часов». Обычно для выполнения этого назначения врача применяется то или иное индифферентное вещество (физиологический раствор, таблетка стрептоцида или витамина и т. п.), что тем не менее, при соответствующих условиях, может очень способствовать реализации внушаемого эффекта и быстро привести к успеху его.

В более сложном случае, когда, например, ставится задача лечить таким путем невротическое заболевание, врач поступает следующим образом. Проанализировав заболевание, он назначает больному ту или иную индифферентную микстуру (или индифферентные по отношению к данному заболеванию физиотерапевтические процедуры и пр.). Это назначение врач сопровождает следующими словами внушения, производимого в бодрственном состоянии больного: «Вам выписана микстура (или назначены процедуры), которую надо принимать столько-то раз в день, в течение стольких-то дней подряд. С каждым приемом микстуры (или выполнением назначенной процедуры) заболевание будет ослабевать, ваши силы будут заметно прибавляться, аппетит и ночной сон станут очень хорошими. Когда это назначение выполните полностью, вы будете совсем здоровы: эта микстура (или процедура) вас вылечит!» Такое внушение должно ежедневно подкрепляться самим врачом в одной и той же форме и проводиться, например, при утренних врачебных обходах (как это было сделано в отношении больного несахарным диабетом, описанного нами на стр. 167).

Таким образом, в том и другом случае имеется определенное назначение врача, условия лечебного воздействия которого конкретизированы, направлены и подкреплены словесным внушением. Следует подчеркнуть, что если внушениям не будет придана такая конкретная форма врачебного назначения, то вероятность их реализации может быть невелика. При указанной же методике эффект проявится в той или иной мере у лиц, даже недостаточно внушаемых, причем уже после первых приемов ими микстуры (или процедуры) и впоследствии будет возрастать, достигая, наконец, наибольшей величины к тому времени, когда все назначения врача будут ими выполнены.

Как мы видим, при данном методическом приеме положительный результат терапевтического воздействия достигается именно путем внушения, т. е. второсигнального воздействия, подкрепленного первосигнально конкретным врачебным назначением.

Какие же физиологические механизмы участвуют в его реализации?

По-видимому, решающее значение имеет в этом случае одновременное, согласованное и направленное воздействие на корковую динамику больного двух важных факторов – словесных внушений врача и самого процесса выполнения его назначения, составляющих единый комплекс врачебного воздействия. Оно имеет своей целью не только мобилизовать регуляторную функцию коры мозга больного, направив ее в нужную сторону, но и подкрепить ее соответствующими первосигнальными условнорефлекторными связями.

В связи с тем что при сложном внушении выполнение врачебных назначений растягивается на 5-6 дней, то результат его становится ощутимым для самого больного постепенно. Это в свою очередь еще более усиливает степень внушающего воздействия всего комплекса. Необходимо также учесть, что реализация внушаемых изменений, какие должны произойти в состоянии организма больного, конечно, требует времени не только для их осуществления, но и для упрочения. Поэтому эффект их может быть несколько более поздним.

Итак, метод косвенного терапевтического внушения содержит скрытый от больного условнорефлекторный фактор, воздействующий прямо на его корковую регуляторную деятельность. В лечебной медицине этот метод имеет весьма большое значение. Наблюдения, подчеркивающие значительную эффективность психотерапии, осуществляемой путем косвенного внушения, весьма многочисленны. Этот метод может быть использован в практике всех лечебных учреждений, как клинических, так и поликлинических. Он с успехом применялся В. Ф. Зелениным, Ю. В. Каннабихом и др. (1936) при лечении внутренних болезней, А. Л. Мясниковым (1954) –при гипертонической болезни, С. М. Бергом – при малых хирургических операциях, Н. Г. Безюком (1941) и А. И. Картамышевым (1942) – при лечении некоторых дерматозов, нами (1930, 1940, 1941) – при обезболивании родов, при «токсикозах» беременности и пр.

Приводим несколько примеров.

1. Роженица К., 33 лет, первородящая. Сильно реагирует на болезненные схватки, крайне возбуждена и взволнована. После соответствующих убеждений о необходимости инъекции болеутоляющего вещества подкожно введен в область ягодицы 1 мл индифферентного средства. После этого роженица быстро успокоилась, с удовлетворением отметив полное прекращение болей, испытывая, по ее словам, лишь ощущение «тупости в пояснице». Осмотр зеркалами показал раскрытие шейки матки на l,5 пальца. Схватки продолжались, в связи с чем те же инъекции были повторены. Жалоб на боли не было, и до конца родов роженица вела себя спокойно. В своем отзыве она написала: «После применения обезболивающего средства в течение всего остального периода родов я болей совершенно не чувствовала, за исключением чувства давления в поясничной области». Операция кюретажа матки и наложение швов на ее шейку также прошли безболезненно.

2. Роженица С., 25 лет, первородящая. Жалобы на сильные боли. Во время успокоительной беседы была дана в облатке сода, причем было внушено: «Это – снотворное, вы сейчас заснете и болей чувствовать не будете». Через несколько минут роженица заснула и спокойно проспала 1 час 15 мин. После пробуждения жаловалась на «терпимые боли». Вновь была дана та же облатка с тем же утверждением, и вновь возник сон, длившийся в течение часа. После пробуждения жалоб на боли уже не было. Судя по поведению и спокойному состоянию роженицы, болей действительно не было. Схватки учащались, однако роженица сохраняла полное спокойствие. В начале периода потуг для поддержки полученного эффекта поставлена водяная микроклизма как «предупреждающая боли». Болевые ощущения отсутствовали до конца периода изгнания, причем прорезывание головки прошло также безболезненно (наблюдение И. Т. Цветкова).

По методу косвенного внушения И. Т. Цветковым и К. П. Проняевой было

проведено обезболивание у 197 рожениц со следующей эффективностью (по пятибалльней системе): оценка 5 была поставлена в 28,4%, 4 – в 29,4%, 3 – в 24,4%, 0 – в 18,8% случаев. Эти цифры должны привлечь к себе серьезное внимание.

Итак, косвенное терапевтическое внушение всегда связано с конкретным предметом, создается через вторую сигнальную систему, но реализуется при посредстве раздражителя, воздействующего на первую сигнальную систему. Кроме того, его всегда нужно делать в безусловной, императивной форме.

Следует отметить, что при применении всякого медикаментозного или физиотерапевтического мероприятия роль внушения не может быть исключена. Это нужно учитывать при оценке эффективности действия того или иного терапевтического средства. Однако не всегда можно определить, какая именно доля успеха приходится на чисто медикаментозное (или же физиотерапевтическое) воздействие.

Мы считаем, что все лечебные мероприятия необходимо сопровождать соответствующим, патогенетически направленным словесным подкреплением.

Роль такого словесного подкрепления отчетливо выступает, если мы сопоставим приведенные выше данные эффективности обезболивания родов путем косвенного внушения с эффективностью медикаментозного обезболивания родов в двух случаях: когда роженицам было известно, что оно им применяется, и при полной неосведомленности их о его применении (табл. 5).

Таблица 5

Способ обезболивания родов	Количество рожениц	Результат обезболивания в %			
		5	4	3	0
Косвенное внушение	197	28,4	29,4	24,4	18,8
Медикаментозный, но при знании об этом рожениц	159	28	46	14	12
Чисто медикаментозный, т. е. при полной неосведомленности о нем рожениц	130	7,6	15	31	46

Данные табл. 5 показывают значение осведомленности рожениц о проводимом им обезболивании, что само по себе оказывает на них внушающее воздействие: цифры первого ряда (косвенное внушение) и второго ряда (медикаментозное обезболивание, проводимое с ведома рожениц) довольно сходны между собой; резко отличны от цифр третьего ряда, когда медикаментозное обезболивание было применено без ведома самих рожениц. В последнем случае эффективность обезболивающего воздействия того же самого медикаментозного средства оказывается весьма низкой (см. также стр. 386).

Терапевтическое внушение, сопровождающее и подкрепляющее назначение врача, может осуществляться также следующим образом. Выяснив условия и особенности данного заболевания, врач назначает больному необходимое лечение (медикаментозное, физиотерапевтическое), сопровождая это назначение примерно следующими словами внушения, производимого в бодрственном состоянии больного: «Вам назначено лечение, которое вы будете получать столько-то дней подряд. Каждый прием назначенной вам микстуры и процедуры будет оказывать на вас сильное благотворное действие. С каждым таким приемом ваше заболевание будет заметно ослабевать, а ваши силы будут заметно прибавляться, аппетит и ночной сон станут очень хорошими. Когда вы это назначение выполните полностью, вы будете совсем здоровы». Такое внушение в той же форме должно подкрепляться лечащим врачом ежедневно, при каждом его утреннем обходе.

В данном случае действие лечебных назначений усилено и подкреплено прямыми словесными внушениями. Часто такой методический прием приводит к значительному повышению эффективности воздействия медикаментозного средства. Этим приемом широко пользуются в дерматологии (И. А. Жуков, 1955, и др.).

Использование самовнушения и сновидений в психотерапии.

Отмечая необходимость разработки вопроса об использовании самовнушения, В. М. Бехтерев (1911) говорил: «...Без сомнения, существенно важно пользоваться самовнушением и в терапевтических целях, для осуществления чего должны быть выработаны особые приемы». По его наблюдениям, время, наиболее подходящее для осуществления самовнушения, – это период перед засыпанием и период, следующий за пробуждением, когда клетки коры мозга находятся в фазовом состоянии.

В. М. Бехтерев считает, что для каждого отдельного больного должна быть выработана определенная формула самовнушения, которая «должна соответствовать данному случаю» и больным должна произноситься от своего имени, в утвердительной форме и в настоящем, а не в будущем времени». Допустим, говорит В. М. Бехтерев, что человек, привыкший к вину, хотел бы путем самовнушения лечиться от своего недуга. Он должен произносить самовнушение в следующем виде: «Я дал себе зарок не только не пить, но и не думать о вине. Теперь я совершенно освободился от пагубного соблазна и о нем вовсе не думаю». Такого рода слова самовнушения нужно произносить вполголоса много раз, перед сном и утром, едва проснувшись, причем «с полным сосредоточением». В. М. Бехтерев считает, что для многих больных такое самовнушение может быть действенным. При этом нужно иметь в виду, что для реализации самовнушения необходимо, чтобы у больного имелась твердая решимость избавиться от своего влечения или недуга.

В. М. Бехтерев (1890) предложил и другой прием самовнушения, применяемый во внушенном дремотном состоянии. Больной вполголоса в точности повторяет всю формулу внушения, произнесенную врачом, но уже от собственного имени, например: «Воспоминания о нанесенной мне обиде меня уже не волнуют» или: «К спиртным напиткам я уже отношусь совершенно безразлично» и т. п. Такие внушения врач, а вслед за ним и больной повторяют 2-3 раза. Нет сомнения в том, что и этот методический прием, имеющий в своей основе физиологические механизмы условнорефлекторной связи, вырабатываемой и закрепляемой в сфере второсигнальной деятельности с участием речедвигательного анализатора, имеет практическое значение.

Некоторые данные по вопросу о физиологическом механизме, лежащем в основе самовнушения, мы находим в исследованиях, проведенных в лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского (1952): учащение или замедление сердечной деятельности, сужение или расширение зрачка, повышение кровяного давления и пр. могут вызываться экспериментальным путем не только при помощи словесного внушения, делаемого исследуемому, находящемуся в бодрственном состоянии, но и в случае, когда сам исследуемый произносит вслух слова соответствующего «самоприказа».

При обучении больных приемам самовнушения бывает полезным продемонстрировать им описанный в свое время И. Р. Тархановым идеомоторный феномен, как известно, хорошо иллюстрирующий положение о том, что «мысль о движении есть уже начало движения».

Этот чисто дидактический прием состоит в следующем: на шнуре, длиной 30-35 см подвешивают небольшой груз – металлический шарик, чайную ложку и т. п., а его свободный конец врач зажимает между большим и указательным пальцами своей правой руки, которую он, сидя на стуле перед больными, сидящими вокруг него, поднимает до уровня своей головы и, слегка согнув в локтевом суставе, неподвижно держит в таком положении. Выждав некоторое время, пока качание подвешенного на шнуре груза не прекратится совершенно, врач говорит больным, что он сейчас начинает воображать, т. е. «внушать себе», что груз начинает раскачиваться, как маятник, в определенном направлении, например в направлении от него к сидящему против него больному. Обычно тотчас же все присутствующие начинают замечать, что при неподвижности руки врача подвешенный на ней груз, постепенно раскачиваясь, действительно начинает совершать все большие и большие размахи в том именно направлении, какое было задано. Переменив направление задуманного движения, можно тем же путем заставить груз раскачиваться в другом направлении или же совершать не качательные, а круговые движения и притом по направлению движения часовой стрелки или же в противоположном направлении. Наконец, тем же порядком, вообразив, что груз останавливается и висит неподвижно, его можно остановить.

По этому поводу И. П. Павлов отмечает, что «раз вы думаете об определенном движении (т. е. имеете кинэстезическое представление), вы его невольно, этого не замечая, производите (разрядка наша. – *К. П.*). Таким образом, «при каждом думаний о движении мы производим его фактически абортивно. Следовательно, иннервационный процесс может быть, хотя и не осуществляется в действительности».

Как показал наш опыт, такой «эксперимент» обычно производит на больных сильное впечатление, убеждая их в полной реальности явлений самовнушения, и побуждая к работе над собой в этом направлении.

Приводим пример успешного применения больной самовнушения при лечении дерматоза (экзема кистей рук), развившегося на фоне неврастенического заболевания.

Больная И., 43 лет, врач, хорошо знакомая с методикой внушения, обратилась с жалобами на психогенную экзему, появившуюся у нее на кистях обеих рук, не продолжающееся в течение нескольких лет общее неврастеническое состояние и значительное истощение, обусловленное зудящей экземой, что резко снизило ее работоспособность.

После безрезультатного обычного лечения больная обратилась к нам для психотерапии. Ей был разъяснен условнорефлекторный механизм образования и развития ее экземы. Ознакомившись с монографией А. И. Картамышева (1942) и с демонстрированным ей идеомоторным феноменом Тарханова, она по нашему совету стала решительно бороться со своим сильным желанием почесать кожу в месте зуда. Это ей удавалось с чрезвычайным трудом, путем отвлечения внимания, но все же вело к ослаблению зуда. Однако стоило ей обратить внимание на свои руки, как чувство зуда тотчас же ею овладевало и на ее глазах без почесывания появлялся пузырек с серозной жидкостью, вскоре становящейся гнойной. Вследствие этого у нее возникла навязчивость: напряженное ожидание образования этих пузырьков. Для активной борьбы с этой навязчивостью больная стала усилием воли заглушать в себе страх и ожидание. Она внушала себе спокойствие, безразличие и равнодушное отношение к зуду. Через месяц упорной работы над собой она стала не замечать зуда, не бояться его, но не путем отвлечения внимания, что для нее было очень тяжело. Напротив, она стала думать о зуде, но думать о нем спокойно, без волнения.

Эта борьба продолжалась около 2 недель, в результате чего представление, мысль или разговор об экземе происходили уже без всякого волнения и не вызывали больше зуда и экземы.

Через 6 лет после длительной (около 6 месяцев) психической травмы у нее вновь внезапно появился зуд на правом предплечье. Почесывание в этом месте привело к образованию слившихся пузырьков с серозной жидкостью. Путем самоубеждения, что это рецидив той же экземы, применяя описанные выше приемы, больная вновь излечилась. Следует отметить, что новая психическая травма привела к развитию экзематозного поражения на новом месте, не вызвав рецидива на прежнем.

В данном случае больной путем самовнушения, связанного с огромным напряжением сил, удавалось создавать в коре мозга сильный очаг концентрированного раздражения, иначе говоря, оказывать направленное воздействие на свою собственную корковую деятельность, а через нее – и на кожную трофику.

Наконец, следует отметить, что в соответствующих случаях мы иногда в качестве вспомогательного терапевтического приема применяем внушение сновидений.

Так, больной, упорно боявшейся самостоятельно стоять и ходить (стазо-базофобия), во внушенном сне было внушено сновидение, в котором она «видит себя легко и свободно ходящей по магазинам». Это сновидение, реализовавшись, произвело на нее настолько сильное впечатление, что укрепило веру в выздоровление и повысило готовность настойчиво проводить задаваемые ей упражнения, заключающиеся в самостоятельном хождении по квартире, а затем и по улицам. После этого сновидения наступило резкое улучшение, еще больше укрепилась уверенность в выздоровлении.

Отметим также возможность «оживлять в памяти» больного во внушенном сне содержание забытых им ночных сновидений, косвенно оказавшихся связанными с развитием тех или иных невротических симптомов. При анализе генеза невротического заболевания это обстоятельство также полезно иметь в виду. Иллюстрируем это одним из наших наблюдений (1925).

Больная Б., 22 лет, обратившаяся к нам по поводу развившегося у нее невротического состояния, сообщила, что последнее возникло после того, как она однажды проснулась в состоянии безотчетной тревоги. С того дня у нее началось тревожное ожидание «чего-то ужасного» и постоянное беспокойство, а также повышенная раздражительность, учащенное сердцебиение, похолодание конечностей, диссомния.

Внезапное развитие невротического состояния после ночного сна заставило нас предположить возможность какого-либо сновидения, которое могло быть так или иначе связано с началом заболевания. Для этой цели во время внушенного сна, углубленного путем ряда повторных пробуждений и усыплений с соответствующими внушениями, мы заставили больную вспомнить забытое ею сновидение. И она рассказала, что «видела во сне картину нападения на ее квартиру бандитов». Не выводя ее из внушенного сна, мы сделали разъясняющее внушение, а также внушение окончательного забвения ею этого сновидения, после чего она получила одночасовой внушенный сон-отдых. По пробуждении больная оказалась совершенно спокойной и бодрой, все явления прежнего невротического состояния исчезли. После этого она находилась под нашим наблюдением в течение нескольких месяцев. Хорошее состояние и самочувствие ее не покидали.

Иногда в ночных сновидениях больного отражается эффективность проводимой или уже проведенной психотерапии.

Больной К., 32 лет, в 1921 г. на фронте перенес контузию головы с потерей сознания, после чего стал страдать припадками «командной истерии», а через полгода– эпилептоидныши припадками (судороги, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание) до 1923 г. С начала заболевания отмечаются: резкая потливость, раздражительность, заикание, тикозные подергивания в мышцах лица, кошмарные сновидения, непереносимость громких звуков и музыки. Однажды, посетив оперу, он слег после этого на 2 недели в постель. В 1931 г. обратился в железнодорожный психоневрологический диспансер по поводу обострения всех этих явлений, возникшего после перенесенной им глубокой психической травмы (внезапное заболевание жены и ее смерть).

На 3-м сеансе внушений, проводившихся во внушенном сне, было отмечено общее улучшение. Наряду с этим произошел перелом в характере его постоянных кошмарных сновидений. Это выразилось в том, что в сновидениях вместо обычного до этого дня бегства от нападающего на него противника больной стал видеть себя обороняющимся от него, а после 5-го сеанса психотерапии в сновидениях впервые стал видеть себя нападающим на своего противника. Добавим, что в дальнейшем, после 7-го сеанса, он по предложению лечащего врача смотрел очень шумную звуковую кинокартину, причем спокойно просидел до конца сеанса, в то время как до лечения не мог переносить даже стука метронома (при попытке усыпления с его помощью). После 10-го сеанса лечение было прекращено. Больной стал значительно спокойнее, поведение адекватно, исчезла плаксивость, настроение бодрое, значительно ослабело заикание. Звуковые раздражения, даже сильные, переносит спокойно, хорошо спит, прибавил в весе, гипергидроз уменьшился. Через несколько месяцев прислал в диспансер письмо с благодарностью «за возвращение к жизни», считает себя здоровым (наблюдение М. И. Холоденко).

Больному, художнику по профессии, для устранения реактивного невротического состояния проведено 3 сеанса гипносуггестивной психотерапии с внушением успокоения и выздоровления. После первого сеанса он почувствовал значительное облегчение, а во время 3-го сеанса видел сновидение следующего содержания: лечащий врач острым ножом уверенно вырезал имеющийся на его груди «нарост». Операция была безболезненна и бескровна. После операции он почувствовал во сне легкость в груди и у него появилось чувство радости и восторга, с которым больной сам проснулся. После этого сеанса у него полностью исчезли все неприятные ощущения и боли в груди, а также тревога, навязчивые мысли и представления, восстановились нормальный сон и работоспособность (наблюдение М. И. Кашпур).

Таким образом, в данном случае у больного, принадлежащего, по-видимому, к художественному типу высшей нервной деятельности, пережитое им чувство облегчения отразилось в его первой сигнальной системе в виде символической картины сновидения (подробнее об этом больном см. стр. 405, пример 4).

Приведенные нами примеры достаточно убедительно говорят о том, что содержание сновидений в ряде случаев может косвенным образом содействовать успеху психотерапии или же свидетельствовать о степени успешности проведеной психотерапии.

Приемы усыпления и пробуждения.

В заключение рассмотрим вопрос о методике усыпления больного путем внушения, а также пробуждения его.

Перед началом первого усыпления необходимо предварительно провести с больным подготовительную беседу с целью разъяснить ему, в чем именно состоит сущность этого врачебного приема, почему для него он является необходимым, как именно этот прием может повлиять на восстановление деятельности его нервной системы и устранение имеющихся нарушений.

Если больной боится гипноза, надо устранить этот страх, разъяснив, что к этому нет никаких оснований, так как гипноз – это необходимый и полезный лечебный прием, при котором больной находится в состоянии неполного сна. Можно пояснить, что гипнотизировать – значит усыплять, как усыпляет мать своего ребенка, и что, как научно установлено, в состоянии внушенной дремоты или внушенного сна мозг лучше воспринимает слова производимого врачом внушения, они лучше закрепляются в мозгу, в силу чего оказывают длительное воздействие.

Кроме того, нужно в доступной для больного форме ознакомить его с учением о слове как физиологическом и лечебном факторе и с влиянием его на организм человека, иллюстрируя это физиологическими и клиническими примерами.

Перед самым усыплением больного следует усадить в удобное кресло или же уложить на кушетку, предложив ему принять удобное, привычное для засыпания положение, причем больной может лежать на спине или же на боку, но спиной к свету и лицом к врачу. В комнате должно быть достаточно тепло в противном случае больного следует хорошо укрыть. Комната должна быть изолирована от шума, свет в ней должен быть слегка затемнен, по возможности не должно быть никаких ярких и пестрых предметов, которые могут отвлекать больного, ибо ограничение внешних раздражителей весьма благоприятствует возникновению в коре мозга разлитого торможения. Но лица, хорошо гипнабильные, обычно и вне этих условий быстро засыпают.

Приступая к усыплению больного, необходимо иметь в виду, что для успеха психотерапии нет необходимости в том, чтобы он заснул глубоким сном. В ряде случаев достаточно лишь погрузить его в дремотное состояние, т. е. в самую начальную фазу функционального расчленения коры его мозга на сонные и бодрствующие участки. Об этом больному следует сказать заранее, имея в виду возможность его недоумения и сомнения в успехе лечения, если сон у него не будет глубоким.

Вместе с тем надо предупредить больного, что во время усыпления он не должен быть напряжен, не должен «заставлять» себя заснуть, так как все это помешает усыплению. Он должен лишь спокойно приготовиться ко сну. Что касается самого врача, то, приготовившись к усыплению больного, он должен сосредоточить на этом все свое внимание, проявляя необходимую твердость и настойчивость и сохраняя в то же время полное спокойствие и уверенность.

Для усыпления больного врач применяет соответствующие слова, наряду с которыми он может пользоваться также вспомогательными физическими приемами усыпления. Последние могут выражаться, например, в виде слабых ритмических раздражений одного из анализаторов или же нескольких анализаторов сразу с целью развития в них тормозного процесса. Для этого могут быть применены редкие удары метронома (с частотой один удар в 1-2 секунды), тикание стенных или же карманных часов, однообразное поглаживание больного по руке, голове или лбу; иногда больному предлагают длительно смотреть на какую-нибудь точку и т. п.

Одновременно врач произносит примерно следующие слова усыпления: «Вы уже пришли в состояние полного душевного покоя, необходимого для наступления дремоты, а в дальнейшем и сна. По всему вашему телу начинает разливаться приятная нега и истома, у вас появляется сонливость, ощущается приятная усталость, тяжелеют руки и ноги, веки как бы наливаются свинцом, вы начинаете чувствовать, как вас неодолимо клонит ко сну. Мой голос вы хорошо слышите. Я сейчас буду медленно считать до десяти. С каждым счетом ваша дремота все более углубляется: раз... два... три... (и т. д. до десяти). Вы засыпаете, переходя во все более глубокое состояние спокойного и приятного сна».

Эти слова следует произносить негромким голосом, монотонно, медленно,

спокойно, но в то же время достаточно четко и уверенно. Отдельные фразы повторяют несколько раз.

Необходимо вселить в больного твердое убеждение в том, что внушаемое ему засыпание действительно приходит как бы само собой, причем он с каждой минутой поддается этому состоянию все более и более.

Дальнейшие слова (усыпления могут быть таковы: «Вы сейчас находитесь в состоянии полного покоя, вам дышится спокойно, легко и хорошо. Вы совершенно отрешились от всех ваших забот, волнений и впечатлений дня, на окружающее вы не обращаете внимания. Мои слова продолжаете четко воспринимать. При этом ничто вас не волнует, никаких неприятных ощущений у вас нет, по телу разлилась приятная слабость, ваши руки и ноги отяжелели, отяжелели веки, вас все более и более охватывает дремота, нет желания ни двигаться, ни открыть глаза, ваши веки слиплись, вы все более погружаетесь в глубокий, спокойный сон, вы спите!»

Такие усыпляющие внушения время от времени следует повторять, причем они постепенно приобретают характер сообщения о том, что уже совсем вы перестали ощущать ваше тело, ваши веки уже плотно сомкнулись, очень приятное ощущение разлилось по всему вашему телу, полное успокоение уже наступило, никаких волнений нет, мои слова вы все более четко воспринимаете и все более поддаетесь их воздействию».

Если признаков сна все еще не имеется, нужно, продолжая усыпление, все более настойчиво подчеркивать: «У вас сейчас нет никакого желания двинуть ни одной частью своего тела, вам хочется лежать совершенно спокойно. Чем дольше вы слышите мой голос, мои слова, тем сильнее слипаются ваши веки и тем глубже вы засыпаете».

При этом следует иметь в виду, что некоторые лица уже через 2-3 минуты после начала усыпления становятся сонливыми, а вскоре после этого глубоко спят, в то время как у других сонливость и сон развиваются значительно медленнее, лишь после 10-20 минут усыпления, а у некоторых в первый сеанс не удается добиться даже и легкой сонливости, она появляется лишь в последующих сеансах. Это обстоятельство, несомненно, сильно препятствует получению во всех случаях достаточно быстрого эффекта. Поэтому для ускорения развития сонливости и она рекомендуется с первого же сеанса внушать больному: «С каждым сеансом вы будете переходить в сонное состояние все быстрее и засыпать будете все глубже и глубже!»

Путем таких методических приемов, способствующих образованию и упрочиванию у больного положительной условнорефлекторной установки на слово «спать» можно при последующих сеансах довольно скоро добиться того, что больной уже во время первых слов усыпления начинает проявлять признаки дремоты и засыпает.

В отдельных случаях для усыпления больного иногда полезно оказывать на него внезапное императивное воздействие в виде громкого приказа: «Спать!» Как мы знаем, таким приемом вводится в действие физиологический механизм запредельного торможения, лежащий в основе «древнего гипноза» (гипноз животных),

применявшегося Шарко, В. Я. Данилевским и др.

Выше было сказано, что для продуктивного воздействия на больного слов внушения нет необходимости стремиться к развитию внушенного сна. В большинстве случаев достаточно легкой дремоты или легкого общего оцепенения, чтобы внушаемое уже реализовалось в полной мере. Однако в некоторых случаях внушенный сон необходим, например когда терапевтическое внушение касается травмировавшей психику причины, что может вызывать у больного нежелательную отрицательную эмоциональную реакцию. Он необходим также при психотерапии этого навязчивого невроза, при лечебном применении длительного сна (если в отношении фармакологического сна имеются противопоказания) и пр.

Вместе с тем чрезмерная глубина возникшего сонного торможения тоже нежелательна, так как она может препятствовать успеху внушения, особенно если во внушенном сне обнаружится переход к наркотической фазе или же в состояние полного естественного она.

Следует учитывать, что все эти особенности засыпания и сна индивидуально весьма различны и что наиболее благоприятной для успешной реализации производимых внушений является такая глубина внушенного сна, когда при сохранении раппорта имеется последующая амнезия содержания сделанных внушений. Это и будет сомнамбулическая стадия внушенного сна, характеризующаяся возникшим под влиянием словесного усыпления глубоким функциональным расчленением коры мозга, на сонные и бодрствующие отделы (Ф. П. Майоров).

Нужно сказать, что сомнамбулическая стадия внушенного сна в 15-20% случаев развивается при первом же усыплении. Это есть, по терминологии П. П. Подъяпольского, «мгновенный сомнамбулизм», свойственный некоторым лицам.

Далее следует иметь в виду различные дополнительные условия, способствующие засыпанию. Так, лица, принадлежащие к мыслительному типу высшей нервной деятельности, легче засыпают преимущественно при воздействии легко затормаживающих их безусловных или перво-сигнальных раздражений (удары метронома, тикание часов, поглаживание по руке или по голове) и не засыпают при словесном усыплении, в то время как лица, принадлежащие к художественному типу высшей нервной деятельности, наоборот, легче поддаются именно словесному усыплению, но не могут заснуть при раздражающих их безусловных или первосигнальных воздействиях. У лиц же, относящихся к среднему специальному типу высшей нервной деятельности, усыпление достигается совместным воздействием второсигнальных и первосигнальных раздражителей. Как мы отмечали выше, эти особенности были выяснены И. В. Стрельчуком (1953). Важное значение могут иметь и установившиеся привычные условия развития сонливости и сна.

Так, одного больного нам удавалось усыплять лишь путем поглаживания по спине. Как оказалось, в раннем детстве его всегда усыпляли таким приемом. Другого больного после ряда безрезультатных попыток удалось усыпить, лишь дав ему в руки книгу для чтения, так как, по его словам, он привык засыпать, лежа в постели с книгой в руках. При этом достаточно было нескольких слов усыпления, чтобы книга выпала из его рук и он заснул.

В случае необходимости быстро усыпить лицо, трудно поддающееся усыплению, может быть рекомендован так называемый «фракционированный метод» Фогта (Vogt). Для этой цели попытки усыпления чередуют с пробуждениями, причем это делают многократно в течение одного сеанса. Это многократное чередование усыпляющих и пробуждающих воздействий приводит, наконец, к более легкому переходу больного в состояние внушенного сна. Кроме того, с целью усыпления можно использовать различные приемы скрытого (косвенного) внушения: давать усыпляемому вместо снотворных различные индифферентные средства (например, соду в облатках и т. п.).

Наконец, прочно вошло в повседневную практику применение вспомогательной дозы снотворного (например, 0,75-1 г хлоралгидрата или 0,1 г нембутала на прием, за 10-15 минут до усыпления). При этом возникает состояние внушенного сна, известное как явлениех «наркогищноза». К этому приему мы прибегаем для ускорения получения сна на словесное усыпление. Последнее мы осуществляем через 10-15 минут после дачи снотворного. После 3-4 таких сеансов (а иногда и после одного) одновременного воздействия двух снотворных факторов – фармакологического и словесного – уже одно словесное усыпление начинает вызывать сон.

У негипнабильных лиц, вызывая фармакологический сон, оказывается возможным, применяя параллельно словесное усыпление, переводить его во внушенный сон, используя для этого фазовое состояние корковых клеток, вызванное фармакологическим путем. В дальнейшем же, после 3-5 сеансов, эти лица засыпают уже под действием одного словесного усыпления. Тем самым мы вырабатываем у них условно-рефлекторный сон на словесный раздражитель.

В последнее время М. Э. Телешевская (1958) с этой целью предложила применять очень медленное внутривенное введение гексанала. Таким путем во время постепенного развития наркотического сна удается особенно легко улавливать переход корковых клеток в фазовое состояние, в котором и делать терапевтические внушения. Эта методика оказывается особенно полезной при прочной фиксированной истерической симптоматики, не поддающейся психотерапевтическим воздействиям даже гипносуггестивным путем. Она совершенно незаменима при полной негипнабильности больного.

Заканчивая краткий очерк приемов усыпления, необходимо сказать, что в некоторых, исключительно редких случаях у истеричного больного при его усыплении может возникнуть реактивный истерический приступ в виде плача или же судорожных подергиваний. Подобная реакция может развиться также и у тревожно-мнительного лица, опасающегося гипноза.

Так, один наш больной однажды был крайне взволнован, когда при усыплении внезапно почувствовал, что его конечности начинают цепенеть, ибо это оживило следы ощущений, тяжело пережитых им в прошлом при хлороформном наркозе.

Все такого рода состояния нетрудно прекратить настойчивыми успокоительными контрвнушениями: «Спокойно! Приступ прошел, все хорошо, продолжайте совершенно спокойно засыпать!» В случае необходимости начатый сеанс усыпления должен быть прерван, пока больной окончательно не успокоится. При по-

мощи соответствующих вопросов, задаваемых во время внушенного сна или же после пробуждения от него, обычно легко удается выяснить причину такого рода реакции.

Нередко при усыплении словесным внушением у усыпляемого внезапно возникает совершенно неадекватная в данном случае усмешка или даже непроизвольный взрыв смеха. Нужно иметь в виду, что все эти явления обусловлены превалированием в просоночном состоянии положительно индуцированной подкорки над сниженным в силу сонного торможения тонусом коры, и им не следует придавать значение.

Далее следует сказать, что усыпление больного иногда может быть чрезвычайно усложнено, если в условиях возникшего у него невротического заболевания оказалась нарушенной деятельность одного или нескольких его анализаторов, особенно если выключенным оказался слуховой анализатор. Подробно на этом вопросе мы остановимся ниже (стр. 362, наблюдение 5).

Что же касается пробуждения от внушенного сна, то оно производится или обычным путем, или следующим словесным воздействием.: «Теперь просыпайтесь! По пробуждении будете себя чувствовать хорошо отдохнувшим, самочувствие будет хорошее и бодрое. Я буду считать до трех, и по мере счета вы будете постепенно просыпаться, а при счете «три» совсем проснетесь. Я начинаю считать: раз... два... три... откройте глаза, вы уже совсем проснулись!» Вообще же пробуждать от внушенного сна рекомендуется не спеша, избегая слишком быстрого, внезапного перехода от сна к бодрствованию, так как при этом бывают неприятные ощущения, связанные с неполным устранением тормозного состояния коры мозга. Обычно же в случае неполного пробуждения состояние продолжающейся сонливости легко устраняется соответствующими словесными воздействиями уже в бодрственном состоянии больного.

Иногда же случается, что больной, вернувшись после сеанса домой, продолжает чувствовать некоторую сонливость, что может обеспокоить и его самого, и окружающих. Необходимо предупреждать больных об этой возможной сонливости, не представляющей ничего необычного. Более того, можно даже рекомендовать больному, чтобы он в случае потребности в этом по возвращении домой еще поспал некоторое время.

Изредка наблюдается затрудненное пробуждение после сеанса. Обычно это бывает у лиц, пробуждающихся от естественного сна не сразу, с трудом. В этих случаях необходимо повторно, более энергично пробуждать больного, что отнюдь не должно смущать врача.

Некоторые считают, что пробуждение от глубокого внушенного сна может наступить лишь через несколько суток. Но это бывает лишь в очень редких случаях. Во всяком случае мы и наши сотрудники этого никогда не наблюдали. Если же такая трудность пробуждения возникает, и усыпленный будет продолжать спать, то рано или поздно он проснется или же будет разбужен обычным путем как от глубокого естественного она.

В заключение нужно сказать, что бывают случаи, когда оказывается необходимым продлить внушенный сон на всю ночь, до утра. В этих случаях делается внушение о том, что внушенный сон в дальнейшем сам перейдет в обычный, естественный сон. Сделав такое внушение, усыпивший врач может оставить усыпленного на попечение дежурного среднего медицинского персонала.

Вообще же, как правило, усыпивший врач не должен покидать усыпленного им больного. Если же по той или иной причине врач должен будет выйти или временно отвлечься другими делами, он может сделать это лишь после предварительного внушения о сохранении усыпленным во время его отсутствия полного спокойствия. Нужно также иметь в виду, что если усыпленный находится в первой или второй стадии внушенного она, то он после ухода усыпившего лица может сам проснуться.

ГЛАВА XVII

ВРАЧ И БОЛЬНОЙ

Если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач.
В. М. Бехтерев

Тактика врача.

Еще со времен глубокой древности, когда о научном врачевании не могло быть и речи, считалось, что врач должен проявить внимательность и чуткость к больному и уметь уберечь его от вредных влияний и волнений.

Так, индийские браминские врачебные законы запрещали врачам говорить больному о возможности печального исхода болезни или о событиях, связанных с материальным ущербом для него, и требовали от врача «отказа от всяких проявлений гнева, ненависти, хитрости или жадности» и т. д.

Отечественные терапевты с давних времен придавали «психическому врачеванию» большое значение. Так, Г. А. Захарьин (1909) особенно подчеркивал, что «серьезно больные вообще, за редчайшим исключением, находятся уже в силу самого болезненного состояния в угнетенном настроении духа – мрачно, маловнадежно смотрят на будущее». Поэтому для успеха лечения врач «должен ободрить больного, обнадежить выздоровление или, смотря по случаю, поправление здоровья». Иногда такое обнадеживание сразу дает сон, которого давно не было, – указывает далее Г. А. Захарьин. «Да и одним ли этим исчерпывается влияние замены угнетенного настроения духа бодрым, – говорит он. – Если припомнить факты, относящиеся к области того, что называется внушением, то сделается понятным, что здесь предсказание совпадает с лечением». Открыть же больному все опасения, которые возникают у врача, «всегда ошибка со стороны последнего, а иногда прямо преступление».

«Всякий знает, – говорит В. М. Бехтерев, – какое магическое оздоровляющее действие может приобрести одно утешительное слово со стороны врача и, наоборот, как иногда убийственно, в буквальном смысле слова, действует на больного суровый холодный приговор врача, ие знающего или не желающего знать силы внушения» (1898).

Того же мнения держались и зарубежные психотерапевты (Дюбуа, 1912; Дежерин, 11912; Форель, 1928, и др.). «От первого обмена оружием между врачом и невропатом, – пишет Дежерин, – зависит весь исход сражения». Если из первых разговоров «...не рождается взаимная симпатия.., то бесполезно идти дальше!»

Большое значение все авторы придавали эмоциональной сфере, т. е. той необходимой аффективной связи, без которой психотерапия не может иметь успеха. Однако не было выяснено, в чем же именно состоит сущность этих важных условий и почему состояние эмоциональной сферы больного имеет столь большое значение. Лишь И. П. Павлову удалось строго научным, объективным методом получить ответ на вопрос, почему именно «аффективность» и «эмоции» больного играют столь существенную роль, обеспечивая успех психотерапевтического воздействия.

В связи с этим напомним о ранних исследованиях Е. А. Попова (1927), показавших, что выработка двигательного условного рефлекса на основе болевого электрокожного раздражения прямым образом связана с наличием у исследуемого эмоциональной (дыхательной) реакции: у страдающих паркинсонизмом наряду с отсутствием дыхательной реакции, как правило, условные рефлексы или не вырабатывались совсем, или же возникали с большим трудом, причем были крайне нестойкими. Эти и другие факты свидетельствуют о важной роли, какую играет состояние эмоциональной сферы больного, иначе говоря, состояние его ближайшей подкорковой области.

В. М. Гаккебуш (1927) также показал, что словесные внушения эмоциональных состояний у страдающих паркинсонизмом не осуществляются, о чем он мог судить по отсутствию реактивной гипергликемии. Аналогичные данные были получены Гофом и Вермером (1928).

В этом отношении показательны данные В. Н. Осиповой (Ленинградский институт мозга): у детей, находящихся в «условнорефлекторной кабине», вид которой внушал им чувство страха, получить стойкие условные рефлексы не удавалось. Когда же эта кабина была построена в виде красивого детского домика, условные рефлексы стали быстро вырабатываться, но уже на фоне положительной эмоции.

В самое последнее время данные В. Н. Осиповой были подтверждены в нашей лаборатории М. Л. Липецким. У больной Б., страдавшей стазофобией (стр. 365), была сделана попытка выработать одновременно четыре условных рефлекса на различные световые раздражители. Однако эта попытка каждый раз заканчивалась полной неудачей, в то время как у здоровых лиц и у других больных эти рефлексы обычно вырабатывались уже после одного–двух сочетаний. Причиной неудачи был страх больной перед исследованием. Свой упорный страх больная объясняла тем, что она «боялась не справиться со сложным заданием исследования». С целью устранить этот страх больной во внушенном сне было сделано внушение: «Не бояться, эта задача нетрудная!» После этого по пробуждении условные рефлексы были получены чрезвычайно быстро.

Все это свидетельствует о том, что успех психотерапии находится в прямой зависимости от эмоционального состояния больного, причем поведение врача, и

вся окружающая обстановка должны вызывать у больного соответствующую положительную реакцию.

Кроме того, весьма важную роль играет эмоциональное состояние самого врача, ибо в процессе общения с врачом-психотерапевтом у больного создается сложный комплекс условнорефлекторных связей, определяющих характер отношений его к врачу. В. М. Бехтерев говорит по этому поводу, что больной приходит к врачу «с эмоцией ожидания», его нервная система находится «в состоянии готовности», с готовой «тенденцией» (А. А. Ухтомский) реагировать на строго определенный раздражитель. Именно это обстоятельство и может способствовать легкому образованию новых устойчивых условнорефлекторных связей, создающихся у больного под влиянием авторитетных слов врача.

Следует отметить, что в свое время Г. Н. Сорохтиным (1925) было установлено, что при выработке условного рефлекса по речевой методике весьма важное значение имеет эмоциональная окраска словесного сигнала. Так, словесный приказ, произносимый вяло, не вызывает образования условного рефлекса, в то время как тот же самый приказ, произнесенный повышенным тоном, может быстро вызвать прочный условный рефлекс. Вспомним также наше наблюдение (стр. 18), когда слово «больно», сказанное повышенным тоном, вызывало и более сильную реакцию со стороны дыхания исследуемого, находящегося в состоянии внушенного сна. Точно так же в зависимости от утомления исследователя и различных отвлекающих внешних или внутренних факторов, которые могут влиять на тон его словесных внушений и пр., получается различная выраженность условнорефлекторных реакций исследуемого.

Нет сомнения в том, что врач-психотерапевт играет роль того же исследователя и что положительный тонус врача поддерживает и усиливает готовность нервной системы больного к живой реакции на все то, что связано с врачом.

Необходимо отметить, что влиять на больного словом – это значит создавать в коре его мозга новые динамические структуры, замыкая в ней новые положительные и отрицательные временные связи. Положительное эмоциональное состояние, связанное с соответствующим ему состоянием эндокринно-вегетативной динамики, обеспечивает быстрое образование и прочное фиксирование этих динамических структур. Положительные эмоции, повышая тонус коры мозга, усиливают функции корковых клеточных элементов. В силу этого возникают условия, облегчающие образование новых динамических структур.

Чем же завоевывается доверие больного и обеспечивается необходимая «внутренняя связь» между врачом-психотерапевтом и больным?

Больной должен чувствовать внимание врача к своему болезненному состоянию, что необходимо для полной откровенности больного с врачом.

Поэтому углубленная анамнестическая беседа наряду с обстоятельным соматическим исследованием играет существенную роль не только в раскрытии психических и соматических этиологических факторов, но и в отношении доверия и расположения больного к врачу, а потому и успеха лечения. Поэтому чем больше при первой встрече врача с больным (а когда нужно и при последующих встречах) уделяется внимания анамнезу, отыскиванию причин заболевания, тем больше у врача шансов на приобретение доверия со стороны больного, а тем самым и на успех лечения.

Для иллюстрации приведем следующий пример.

В психотерапевтическое отделение диспансера Украинского психоневрологического института в 1930 г. обратился 23-летний молодой человек с жалобами на тяжелое угнетенное состояние, апатию, потерю интереса к жизни и работе, утрату веры в себя, в свои силы, сниженную работоспособность, на появившуюся мнительность; ослабление памяти, раздражительность и страх сойти с ума. До заболевания был деятельным и общительным.

В беседе выяснилось, что он заболел 2 года назад после происшедшего на работе тяжелого для него конфликта, выразившегося, по его словам, в несправедливом оскорблении, чрезвычайно сильно задевшем его самолюбие. Больной тяжело переносил «несправедливые выпады» против него и создавшуюся в связи с этим нездоровую атмосферу. Постоянная тревога, нервозность и расстройство сна, по словам больного, «расшатывали нервную систему». Несмотря на то что через 7 месяцев после начала конфликта все решилось в пользу больного, он продолжал находиться в тяжелом состоянии в течение последующих 2 лет. Обращался ко многим врачам, но от всех них получал стереотипный ответ: «Все органы у вас здоровы». Стал еще больше волноваться, теряя надежду на выздоровление, веру во врачей и лекарства. «О моих переживаниях никто из врачей меня не спрашивал, а я сам не решался поделиться с ними», – говорил больной, явившись в диспансер по собственной инициативе, решив прибегнуть к лечению внушением как «к последнему средству».

После трех анамнестических бесед была проведена разъяснительная и успокаивающая психотерапия в состоянии бодрствования и несколько сеансов внушенного сна-отдыха. Внушалось спокойное отношение к пережитому, вера в свои силы и работоспособность. Больной ушел от нас с чувством большой удовлетворенности, а, прощаясь, с горечью воскликнул: «Почему же никто из других врачей не заглянул в мою душу?».

Полуторагодичное наблюдение показало, что он вновь проявил себя активным работником, как и прежде. Поступил на рабфак, продолжая работать на прежнем месте (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

Таким образом, врач-психотерапевт все свое внимание должен обратить на душевное состояние больного неврозом, чтобы правильно понять истинные причины возникновения его страданий и переживаний. В противном случае врач окажется безоружным перед лицом жаждущего его помощи и его утешения больного. Только на основе полного взаимопонимания, установившегося между врачом и больным, у больного может возникнуть та искренность и откровенность, которая нужна для успеха психотерапии. Говоря образно, врач должен стать другом своего больного и оставаться им и дальше, после его излечения.

Зачастую именно в таких условиях больной впервые за долгие годы его болезни решается поведать врачу все и быть вполне откровенным в этой своей **«исповеди жизни».** При этом нередко уже сама эта «исповедь» является важным

событием в жизни больного, открывающим ему путь к лечению и исцелению.

Именно в этом и состоит огромная значимость вдумчивого и сочувственного индивидуального подхода врача к больному.

В качестве иллюстрации такого отношения врача к больному приведем случай, описанный М. В. Яновским (1923), освещающий некоторые важные интимные стороны того «психического врачевания», каким была проникнута врачебная тактика корифея отечественной медицины С. П. Боткина.

Однажды на амбулаторный прием к С. П. Боткину пришел человек, заподозривший, что у него имеется какое-то легочное заболевание. До этого,он обращался во многие терапевтические клиники, но всюду ему заявляли, что никакого заболевания у него нет и что он «болен лишь своей мнительностью». Однако такие ответы его не удовлетворяли. Расспросив и выслушав больного очень внимательно, С. П. Боткин сказал: «Да, у вас действительно кое-что есть, но до такой степени мало, что легко просматривается. Во всяком случае, это прямое доказательство, что болезнь незначительная. Принимайте это лекарство и вы в несколько дней поправитесь». Когда больной ушел, С. П. Боткин, обращаясь к присутствующим студентам, сказал: «Действительно, он физически вполне здоров, но кое-что у него есть – мнительность, основанная на субъективных ощущениях. Если бы я отнесся к нему, как другие врачи, он продолжал бы страдать по-прежнему, а теперь он ушел с сознанием, что, наконец, нашел врача, который понял его болезнь, а следовательно, может ее вылечить, какое лекарство ни пропиши».

Необходимо, чтобы создаваемые у больного новые временные корковые связи систематически подкреплялись идентичными раздражителями, действующими в том же направлении, с тем, чтобы эти созданные врачом полезные для больного корковые динамические структуры становились еще более прочными. Вот почему с основами психотерапии должен быть обстоятельно ознакомлен также средний медицинский персонал, которому должно быть известно, что успех лечения больного (любым методом) в значительной степени определяется умелым влиянием на его психику и что в распоряжении обслуживающего медицинского персонала всегда имеется лечебный и болеутоляющий фактор – слово. Однако слово – это обоюдоострый меч, которым нужно правильно пользоваться. Говорить с больным нужно так, чтобы не травмировать его. Многое зависит даже от конструкции фразы. Так, далеко не безразлично, сказать ли больному: «Будьте вполне спокойны, с вашим здоровьем вы проживете еще много лет!» или же сказать ему: «Вы умрете через тридцать лет!» (как нам однажды пришлось слышать). Кроме того, нужно не только уметь следить за своими словами, но и уметь молчать. Недаром римляне называли медицину «искусством молчать» (ars muta), т. е. не все говорить больному. Со всем этим в известной мере должен быть знаком также и младший обслуживающий персонал больницы, так как иногда необдуманным словом уборщицы или санитарки может быть нанесен непоправимый вред успеху как психотерапии, так и любого другого метода лечения.

Соответственно этому в каждом больничном отделении должна быть создана благоприятная атмосфера содружественной работы всего медицинского персонала. Весь персонал должен быть предан интересам дела, так как в лечебном учреждении психотерапевтическое значение имеют не только слова медицинского персонала и его поведение в отношении больных, но и весь больничный режим, обстановка со всеми связанными с нею раздражителями. Последнее обстоятельство необходимо иметь в виду при подборе медицинского персонала, который должен всемерно поддерживать все мероприятия врача и его авторитет в глазах больного.

Таким образом, успех психотерапии в огромной мере зависит от умения врача-психотерапевта глубоко и душевно подойти к самым интимным переживаниям больного, расположить его к себе, заставить его раскрыть перед врачом свою душу. Конечно, такое умение, связанное вместе с гем с чуткостью и большим тактом, нелегко дается начинающему врачу и приходит не сразу, им надо овладевать постепенно. Оно связано с большим врачебным опытом, умением легко и быстро находить правильный подход к больному.

Вместе с тем, как это особенно подчеркивает В. Н. Мясищев (1958), действенные элементы психотерапии заключены не только в самих словах врача, но главным образом в порождаемых ими в сознании больного бесчисленных ассоциативных связях, в ряде случаев весьма эмоционально насыщенных. Не меньшее значение, говорит он, имеет и выразительность самой речи врача, ее доходчивость, как и характер сопровождающих ее мимических и пантомимических проявлений. Сухая речь врача-педанта не излечит ни одного больного, – подчеркивает он. И наоборот, если врачебное воздействие волнует, потрясает и вдохновляет больного, то оно оставляет в его сознании неизгладимый след.

«Если учесть, – говорит В. Н. Мясищев, – что некоторые больные, утратив власть над собой и попав под власть болезненных явлений, приходят к врачу, отчаявшись в безуспешных ранее пробах лечения, то можно понять, какую роль в жизни такого больного играет психотерапевт. Если последний умелым подходом к больному помогает ему разобраться в истории его жизни, в сложных и запутанных, непонятных или неправильно понятых обстоятельствах прошлого и настоящего, то без преувеличения можно сказать, что врач становится для больного учителем жизни».

Кроме того, уже впечатление, производимое врачом на больного, в значительной мере определяет успех лечения, ибо облик врача имеет весьма существенное значение. И. П. Павлов следующими словами характеризует врачебный облик С. П. Боткина: «Его обаяние среди больных поистине носило волшебный характер: лечило часто одно его слово, одно посещение больного. Сколько раз приходилось слышать от его учеников-клиницистов печальное признание, что те же рецепты, и, по-видимому, при подобных же случаях, оказывались недействительными у них, делая чудеса в руках учителя».

Следует отметить, что, по свидетельству А. Г. Иванова-Смоленского, подход самого И. П. Павлова к больным «был всегда проникнут необыкновенной мягкостью, чуткостью и теплотой», причем сам И. П. Павлов в своем отношении к больным ни на одну минуту не забывал, что перед ним находится живой, часто жестоко страдающий человек.

Итак, спокойствие, уравновешенность и терпеливое отношение к больному, искреннее и теплое стремление оказать ему помощь, тактичность и мягкость в

обращении – вот те основные качества, которыми должен обладать каждый врач, стремящийся оказать помощь больному. Ничто так не сближает больного с врачом, как максимальное внимание врача к его переживаниям. Повторяем, врач-психотерапевт должен проникнуть в психику своего больного (особенно больного неврозом), должен не только понять, но и почувствовать его душевные страдания, «вчувствоваться» в них и сжиться с ними и притом так, чтобы больной это тоже почувствовал.

К сожалению, в действительности так бывает далеко не всегда. Иные врачи на это обращают слишком мало внимания, а подчас даже не всегда учитывают, что перед ними такой больной, который нуждается в неотложной и именно психотерапевтической помощи. Вероятно, они очень далеки от сознания, что вся их врачебная эрудиция может оказаться совершенно ненужной, бесцельной и даже никчемной, если не будет достигнуто глубокое и искреннее «вчувствование» врача в страдания больного.

Итак, чуткий и проникновенный подход врача к тяжело страдающему больному является наиболее ценным и действенным, вызывая полную откровенность у больного, что для его душевного состояния является тем целительным фактором, без которого оно долгие дни ему казалось безвыходным.

Вместе с тем врач должен быть строг и требователен в отношении выполнения больным его назначений и указаний. Особенно это касается некоторых больных истерией.

Таким образом, от самого врача зависит в известной мере характер тех реакций, какие возникают в системе высшей нервной деятельности больного. Весь внешний облик врача, его манера держаться с больными, тон его беседы, его эмоциональное состояние, определяющее характер его поведения в отношении больного,– все это комплексы раздражителей огромной силы и значимости, способные вызывать со стороны больного весьма сильную моральную и эмоциональную реакцию. По образному выражению М. В. Яновского (1923), устои, на которых в глазах больного «зиждется авторитет врача», составляют его «уважение к своей профессии, любовь к своей науке, гуманное чувство к больному, спокойное и серьезное отношение к делу».

Еще индийские браминские врачебные законы древности, о которых мы выше упоминали, придавали большое значение личным качествам врача. В них говорится, что врач должен, ведя трезвый образ жизни, иметь «благородство и чистоту сердца». При этом не остается без внимания даже его внешность: он должен был «иметь приличную, благообразную наружность, быть хорошо одетым, платье его должно благоухать». Одно индийское изречение говорит: «Можно бояться матери, брата, друга, но врача – никогда».

Таким образом, еще в давние времена считалось, что самый облик врача может влиять на состояние больного, на течение его болезни и успешность лечения.

Нет сомнения в том, что и в наши дни успех всех видов терапии, и в первую очередь психотерапии, в какой бы форме она ни применялась, оказывается в большой мере зависящим от авторитета врача и взаимоотношений, устанавливающихся между больным и врачом. Как известно, С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев, Ю. В. Каннабих, В. А. Гиляровский, а за рубежом Дежерин, Форель, Дюбуа издавна указывали на то, что успех всякого лечения вообще, а в особенности психотерапевтического зависит от доверия к врачу со стороны больного, от установившейся связи между больным и врачом, от «чувствования» больным желания врача помочь ему, от «симпатии» больного к врачу и т. п. Напомним, что еще в XVIII веке Д. С. Самойлович, говоря о чумных заболеваниях, отмечал, что «больным большую помощь в сопротивлении против смертельных припадков оказывает доверие к своему врачу». «Можно утверждать, – говорил он, – что яд чумной заразы теряет свою силу пропорционально этой вере во врачебную помощь: надежда поднимает их силы, ослабевшие от малодушия, и внутренние симптомы с самого начала болезни перестают быть серьезными и многочисленными».

Ятрогения и дидактогения.

До сих пор мы говорили о пользе, которую врач может приносить больному своим авторитетным словом. Коснемся теперь противоположного влияния его слова на состояние больного.

Каждый врач, какой бы специальности он ни был, является прежде всего психотерапевтом. Каждая беседа врача с больным по поводу его болезни в большинстве случаев содержит в себе элементы словесного внушения, производимого врачом в бодрственном состоянии больного.

Именно поэтому следует признать, что более близкое знакомство всех врачей с приемами прямого и косвенного внушения предупреждало бы невольно причиняемый ими вред, когда врач неосторожным словом или излишними диагностическими терминами, соответствующими справками, удостоверениями, лабораторными анализами, выдаваемыми на руки больному, и т. д. иногда невольно вызывает у больного ряд новых болезненных симптомов или поддерживает уже существующие, тем самым воздействуя отрицательно и на психику больного.

Выше мы уже отмечали, что иногда простой интонацией голоса ничего не значащему слову может быть придан новый смысл, вследствие чего это слово может приобрести травмирующее психику значение. Больше того, нередко одна только мимика или даже жест могут оказаться более красноречивыми, чем сказанное слово. Поэтому врач должен уметь не только говорить с больным, но и молчать. Таким образом, пути ятрогенизирующего воздействия врача на больного весьма многообразны. Вот почему весь облик врача, как и все его поведение, должен быть проникнут тем тактом и строгим отношением к самому себе и к окружающим, образцом которого были такие врачи, как С. П. Боткин и Н. И. Пирогов.

В особенности это должно относиться к молодому врачебному поколению, ибо, как говорит В. А. Гиляровский (1947), «у молодых врачей иногда наблюдается желание импонировать своей ученостью, часто они сообщают больному излишние подробности о его болезни, применяя специальные термины».

Все это и есть, по выражению Ю. В. Каннабиха (1928), отрицательная психотерапия. Особенно это нужно иметь в виду интернистам и гинекологам, к которым обращается большое количество больных неврозами, с дисфункцией внутренних органов, симптомы которой зачастую принимаются за органические.

Следует помнить, что ни одним психотерапевтическим методом, если им владеет опытный врач любой специальности, нельзя принести больному вреда. И в то же время огромный вред совершенно невольно причиняет врач больному путем этой, часто неведомой ему самому, отрицательной психотерапии.

В отечественной литературе этот вопрос широко освещен психиатрами В. М. Бехтеревым (1911), Ю. В. Каннабихом (1928), А. Ф. Гоциридзе (1929), В. М. Гаккебушем (1932), К. И. Платоновым (1933), С.М. Эдельштейном (1947), М. И. Холоденко и М. М. Хаймовичем (1934), Я. А. Теровакимовым (1934), гинекологом В. Г. Диком (1927), урологом Н. Ф. Лежневым, терапевтами Р. А. Лурия (1928), М. В. Черноруцким (1946), А. Л. Самойловичем (1950) и др.

Из зарубежных авторов об ятрогении писали А. Форель (1911), Дежерин (1912), Бумке (1925); последний и назвал этот род внушенных врачами страданий «ятрогенными» (от греческого iathros – врач).

Несмотря на то что об ятрогенных неврозах, сопровождающихся у некоторых больных тяжелой реактивной депрессивной окраской, пишется и говорится много и давно, ятрогения, – «это, по словам М. В. Черноруцкого (1946), уродливое и противоестественное явление нашей врачебной жизни», еще встречается, и никому из врачей не приходится в такой мере сталкиваться с тяжестью страданий этого рода больных, как психотерапевтам.

Не можем не привести небольшую часть из собранных нами необдуманных выражений и реплик, иногда бросаемых врачами различных специальностей по адресу больных.

«У вас просто кошмарное сердце! – говорит больному врач-терапевт,– будьте осторожны, а то сердце хватит паралич!».

«С таким больным сердцем долго не проживете!» – сказал врач одной 40-летней больной, прожившей после этого до 65 лет. Однако вследствие этих слов врача у больной возник навязчивый невроз страха внезапной смерти, от которого ей пришлось долго лечиться.

«Вы погибшая женщина! Кто вам разрешил беременность!? – восклицает акушер во время приема женщины с 7-месячной беременностью,– новое сердце не вставлю, старое – никуда не годится!». «Как мужчина вы конченный человек, примиритесь с этим». «Носите при себе паспорт и ваш адрес, а то вдруг хватит кровоизлияние в мозг на улице!» – говорит врач пожилой женщине, больной гипертонией.

«У вас выпала часть мозга!» – говорит молодой врач больному, разъясняя ему последствия мозговых нарушений, вызванных инфекцией. «Как расширена аорта! Ведь это смерть на улице!», – говорит один рентгенолог другому при рентгеноскопии сердца больного и т. п.

Эти реплики взяты из жизни, со слов больных или их близких. Каждая из таких реплик вызывает у больного испуг и тяжелую затяжную невротическую реакцию, причем не только у лиц со слабым или ослабленным типом нервной системы, но иногда и у людей, принадлежащих к сильному типу нервной системы. О крайне тяжелых последствиях такого рода психических травм можно судить по следующим примерам.

1. Больной О., 36 лет, пришел к нам с жалобами на ряд фобий: боязнь ходить одному по улице (поэтому его всегда сопровождает жена), боязнь оставаться одному в квартире, сойти с ума, быть наедине со своим малолетним сыном, боязнь ножей. Болен в течение 6 лет, физиотерапия дала лишь небольшое временное облегчение.

Причина: психическая травма, нанесенная рентгенологом (приведенным выше восклицанием о состоянии аорты). Ряд навязчивых мыслей развивается постепенно, на почве постоянной тревоги за состояние аорты. Из-за тревожного состояния недосыпает. Неврастенический синдром сопровождается неприятными ощущениями в голове, ослаблением внимания. Отсюда навязчивый страх за состояние рассудка: «А вдруг, сойду с ума!» По ассоциации вспоминает, что однажды в юношеском возрасте он посетил психиатрическую больницу, где ему пришлось слышать, что «сошедшие с ума бьют своих близких и перерезают ножом себе жилы». Отсюда по механизму самовнушения развивается боязнь оставаться наедине со своим единственным сыном и боязнь ножей. Этот навязчивый невроз был радикально устранен несколькими сеансами словесного внушения в дремотном состоянии. Больной несколько раз демонстрировался врачам на лекциях (наблюдение автора).

2. Больной М., 49 лет, поступил с жалобами на навязчивую мысль о заболевании раком и неизбежности скорой смерти. Тревожно-угнетенное состояние, расстройство сна, снижение работоспособности. Болен в течение 8 месяцев, после того как врач санатория высказал подозрение о злокачественности опухоли на бедре. На заявление больного, что у него находили доброкачественную липому, получил следующее «врачебное» успокоение: «Будьте осторожны, доброкачественные опухоли переходят в злокачественные!» С этого времени у больного развивается страх перед неизбежностью скорой смерти и резко выраженное депрессивное состояние. Комбинированная психотерапия и физиотерапия в течение 2 недель избавили больного от навязчивой мысли и восстановили его трудоспособность (наблюдение А. А. Соседкиной).

3. Больной К., 35 лет, атлетического телосложения, пенсионер по инвалидности, прибыл на прием в сопровождении провожатого, обратившись с жалобами на ежедневные тяжелые приступы учащенного сердцебиения с затрудненным дыханием, измучившие его, так как длятся в течение 3 лет. Из-за приступов боится оставаться один, всюду ходит с провожатым (даже в уборную его провожает малолетний сын). Передвигается медленно, с трудом, опираясь на палку, за пределы города выезжает только в сопровождении медицинской сестры со шприцем, камфарой и кофеином. Постоянно имеет при себе всевозможные сердечные средства. Чтобы не затруднять сердца, очень ограничивает себя в пище и питье. Настроение подавленное. Лечится непрерывно 3 года амбулаторно и стационарно, неоднократно бывал на курортах. По словам больного, – «много государственных денег пролечил, но бесполезно». Два года назад переведен на инвалидность. До заболевания был жизнерадостным, подвижным, общительным, очень деятельным.

Начало заболевания связывает с сердечным приступом, происшедшим 3 года назад после тяжелого рабочего дня, связанного с волнениями. Почувствовал сердцебиение, показалось, что «сердце останавливается». Поспешил за помощью в медицинский пункт. Там сразу определили «порок сердца», сделали инъекцию камфары и выкачали содержимое желудка. Это еще больше испугало больного, охватил страх за жизнь. С того времени начались сердечные приступы. В стационаре, куда был помещен, были установлены новые диагнозы: «ложная грудная жаба», «комбинированный порок сердца». Пробыл в стационаре 4 месяца, получал ежедневно инъекции камфары и кофеина. Выписался без улучшения. Припадки продолжались. Часто вызывал скорую помощь. Врач скорой помощи уже говорил: «Как только раздается звонок, так мы знаем, что это К. со своим гнилым сердцем». Но однажды врач скорой помощи во время припадка крикнул: «Ну, что я могу сделать? Не могу же я вставить вам другое сердце!» «Эти слова убили меня, я подумал: конец мне», – говорил больной. После этого припадки участились до нескольких раз в день. Завел дома целую аптеку. Был отправлен сначала в местный санаторий, затем в кардиологический институт в Одессе, потом в Кисловодск. Там слышал новые устрашающие диагнозы: «миокардит», «миокардиопатия», «склероз сердечных сосудов», «декомпенсированный порок сердца», «невроз сердца», «общий артериосклероз». Прочитав литературу по всем этим заболеваниям, стал находить у себя «все, что там написано». Так как каждый раз после лечения, возвращался, не получая облегчения, «окончательно упал духом». Стал тщательно избегать всего, что, по его мнению, может затруднить работу сердца: мало ел, ограничил прием жидкой пищи, осторожно ходил.

После выявления генеза заболевания применена психотерапия. Разъяснительная беседа по Дюбуа дала незначительный положительный сдвиг, но страхи держались. Применена гипносуггестивная психотерапия. Оказался хорошо гипнабильным. На другой день после первого сеанса отослал домой провожатого и стал ходить один по городу, причем ходил много и быстро. После 4-го сеанса, по словам больного, «бежал вдогонку за трамваем». После 6-го сеанса начал есть давно запрещенные блюда, не боялся выпить вина, настроение радостное, – «стал прежним». По возвращении домой снялся с инвалидности, приступил к ответственной работе, ездит в дальние командировки.

Положительный катамнез прослежен на протяжении 4 лет. Будучи в командировках в чужом городе, «от скуки» иногда ходил к терапевту проверить, «как он будет пугать». Услышав диагноз и соответствующие предостережения, иронически благодарил врача и говорил: «От таких диагнозов и лечений я болел 3 года» (наблюдение И. Н. Мураховской).

О крайне тяжелом последствии ятрогенной психической травмы свидетельствует следующее наше наблюдение.

4. Больная Р., 23 лет, находится в тяжелом депрессивном состоянии. По словам мужа, в течение 5 лет страдает туберкулезом легких, была под наблюдением врача. К заболеванию относилась спокойно, самочувствие было удовлетворительным. Желая ехать вместе с мужем в Кисловодск, обратилась в местный противотуберкулезный диспансер, чтобы выяснить, не повредит ли это ей. Она сообщила, что последнее время бактерий у нее в мокроте нет и что она стала прибавлять в весе. «Объяснять тут нечего,– заявил ей врач, – туберкулез третьей стадии. То, что нет палочек и прибавили в весе, никакой роли не играет. Вообще туберкулез неизлечим. Если есть свободные деньги, то можете ехать и на курорт!»

После этих слов, которые слышал и муж больной, она резко изменилась: ею овладело тяжелое угнетенное состояние, возникла и стала навязчиво преследовать мысль о скорой смерти, появилась бессонница, по утрам ежедневная неврогенная рвота, пропал аппетит. Вскоре после посещения туберкулезного диспансера у больной поседела крупная прядь волос. Один из местных врачей пытался применить внушение в гипнозе, так как убеждения и разъяснения в бодрственном состоянии успеха не имели: они не только не помогали, но еще больше угнетали больную. Гипнотического сна вызвать не удалось. Все время находилась в весьма угнетенном состоянии под влиянием мысли о «бесцельности существования при ее форме туберкулеза: ведь смерть неизбежна!» Убеждения психотерапевта также оказались безрезультатными.

Несмотря на все усилия, успокоить ее в бодрственном состоянии не удалось, как не удалось вызвать даже слабую внушенную дремоту. Больная уехала, находясь в том же состоянии, и вскоре после возвращения домой покончила с собой, оставив записку: «Нужно уметь разговаривать с больными! Туберкулез неизлечим. Так или иначе должна умереть. Доктор доказал это!» Об этом мы узнали из письма мужа больной в ответ на наш запрос о дальнейшем ее состоянии.

Последний случай, как и многие другие, представляет печальный результат незнакомства врачей с возможностью психической травмы больного самим врачом. После такого «пугающего» приговора врача у больного возникает реактивная астеническая эмоция – страх и смущение, а отсюда снижение тонуса коры мозга и развитие коркового изолированного больного пункта, закрепившего возникшую навязчивость.

Врач должен быть осторожен в своих словах даже в том случае, если больной вследствие тяжелого заболевания находится в состоянии помраченного сознания. Врач не должен выражать вслух мыслей о предполагаемом заболевании или о характере наблюдаемой им симптоматики. Так, Форель (1928) описывает случай из ранних лет его врачебной деятельности, когда он, сам того не желая, внушил больной, что у нее язва желудка. Во время психотерапевтического сеанса он выражал вслух такие опасения, при этом усердно, с серьезным лицом пальпировал ее желудок, а после сеанса назначил ей постельный режим и молочную диету. В результате всего этого больная в течение нескольких месяцев находилась в постели, с внушенной, не существующей в действительности болезнью. Форель подчеркивает, что неблагоприятный прогноз, который некоторые врачи ставят больному, зачастую равносилен дальнейшему углублению болезненного состояния.

К. М. Быков (1947) отмечает, что «на фоне игнорирования психического состояния больного могут проявляться и развиваться новые болезни, и тогда врач вместо целителя явится причиной болезни, о чем говорил еще отец медицины Гиппократ».

Наконец, приведем один пример, когда у больной под впечатлением чтения медицинских книг также возник навязчивый невроз, который можно было назвать «библиогенным», т. е. вызванный чтением литературы о болезнях.

5. Больная К., 44 лет, предъявила жалобу, что она «умирает, так как является тяжело, неизлечимо больной», причем свое заболевание называет «стенокардией». Больна 5 месяцев, в течение всего этого времени неработоспособна, лежит в постели, днем занята мыслями о смерти, а ночью боится заснуть, чтобы во сне не умереть «от разрыва сердца». Все это началось после того, как 5 месяцев назад районный врач поставил диагноз стенокардии и предписал строгий постельный режим. Взяв учебник внутренних болезней, больная, не дочитав до конца описания стенокардии, слегла в постель в тяжелом состоянии и с этого дня ежедневно вызывала на дом врача поликлиники, а в течение последнего месяца 2 раза в сутки вызывает скорую помощь для «сердечных уколов», которые, однако, не облегчают ее состояния.

Объективно: положение больной вынужденное, напряжена, лежит, обложившись подушками, много рассказывает о своих ощущениях, сопровождая все это слезами и рыданиями, так как считает, что она «обречена на смерть». Члены ее семьи взволнованы, измучены состоянием больной.

После разъяснительной беседы проведен сеанс внушения в состоянии легкой дремоты. После сеанса больная впервые за 5 месяцев встала с постели, стала разговаривать более спокойно, рыдания прекратились. Через 2 дня после этого самостоятельно пришла в диспансер для второго сеанса. А после 3-го сеанса психотерапии стала проявлять заботу о своем запущенном хозяйстве, отправилась на базар, спокойно отнеслась к советам соседок: «Не перегружать себя и не утомляться». После 5-го сеанса душевное равновесие больной вполне восстановилось и она полностью освободилась от своих навязчивых мыслей (наблюдение А. А. Соседкиной).

Наконец, необходимо сказать, что к медицинским факторам, травмирующим психику, следует причислить также иногда недостаточно продуманные лекции и беседы санитарного просвещения, в особенности проводимые в туберкулезных санаториях и венерологических диспансерах. В этих беседах больных большей частью знакомят с клиническими картинами их болезни и с ее возможными осложнениями. Такого рода беседы у многих больных ведут к развитию реактивно угнетенного состояния и к ухудшению имеющегося у них процесса. То же следует сказать и о травмирующем психику больного педагогическом приеме, когда в присутствии больного на лекциях и в клинике проводят разбор имеющейся у него формы заболевания, как и других болезненных форм. О многообразии ятрогенных факторов такого рода говорит в своей книге А. Г. Галачьян (1954).

В заключение отметим, что отрицательное, невротизирующее воздействие неуместно брошенного слова может иметь место в деятельности не только врача, но и педагога. На это обратили внимание педагогов Е. С. Катков и К. К. Платонов, указавшие на возможность развития таким путем своеобразных «школьных неврозов», в основе которых лежит психическая травма, нанесенная учителем.

Педагог должен учитывать, что в педагогическом процессе имеется ряд моментов, протекающих на фоне значительного эмоционального напряжения (экзамен, контрольная работа с ограниченным сроком, вызов к доске и т. п.). Эти напряжения, обычно легко преодолеваемые большинством учащихся, могут представлять значительные трудности для детей со слабым типом нервной системы (тревожно-мнительные, застенчивые и т. п.). Для последних, как правильно отмечает Е. С. Катков (1938), «слово учителя с отрицательным содержанием в эти моменты ответственно», так как при сниженном тонусе коры словесные воздействия отрицательного характера легко могут зафиксироваться по механизму внушения и стать источником предрасположения для дальнейших психических травм, дидаскогенных сдвигов, т. е. заболеваний, полученных от учителя.

Подобные синдромы Е. С. Катков предложил называть «дидаскогенными» (от греческого didaskos – учитель), т. е. заболеваниями, полученными от внушения учителем (по аналогии с ятрогенными заболеваниями, полученными от внушения врачом).

Приведем несколько характерных примеров такого рода.

1. Людмила В., 16 лет, ученица 9-го класса средней школы, здоровая, трудолюбивая, усидчивая (по словам матери), обратилась с жалобами на «панический страх», с некоторых пор овладевающий ею перед классными письменными работами: задолго до предстоящей письменной работы у нее развивается состояние внутренней тревоги с болезненно-напряженным ожиданием «чего-то неотвратимо страшного». Вместе с тем в эти дни больная плохо ест и спит, не может готовить уроки. Во время самой письменной работы испытывает состояние растерянности, не может сосредоточиться, не помнит написанного, проявляет повышенную торопливость, причем «все проходит, как в тумане». Вследствие этого делает много необычных для нее описок и грубых грамматических ошибок по тем правилам грамматики, которые прекрасно знает. Таких ошибок в обычном, спокойном состоянии совершенно не допускает. На этой почве создались конфликтные отношения с учительницей, в результате чего возникло тяжелое невротическое состояние с мыслями о «бесперспективности учебы». В то же время такие письменные работы в домашних условиях пишет вполне хорошо, без волнения и ошибок.

Проведенная анамнестическая беседа вскрыла психическую травму. В 4-м классе девочка была переведена из одной школы в другую. В новой школе учительница русского языка встретила ее недружелюбно и при устных ответах у доски давала ей слишком сложные задания. Но с устными ответами девочка справлялась. Однако во время первой же письменной работы учительница, подойдя к ней, резко сказала: «Языком ты крутишь хорошо, а вот посмотрим, как напишешь!» Девочка сразу сильно взволновалась: «А что, если наделаю ошибок!» Она почувствовала, что ее всю «охватило жаром»: руки, лицо и все тело вспотели, в голове «пошел туман», и вся работа была написана ею, как в тумане: «Что писала – не помню!» А при известии о плохой отметке, поставленной за эту работу (причем учительница, возвращая ей работу, сказала: «Я так и знала!»), с ней что-

то произошло: «Внутри как-то все осунулось и снова появился «туман в голове»». С этого дня и возник страх перед классными письменными работами.

Следует отметить, что эта учительница работала в их классе только одну четверть, в то время как последствия психической травмы оставались в течение ряда лет и были устранены лишь путем психотерапии (12 сеансов, проведенных в состоянии внушенного сна). В последующие годы рецидивов этого состояния не было. Девушка успешно закончила школу, учится в медицинском институте (наблюдение Е. С. Каткова).

2. Больной С, 19 лет, студент, обратился с жалобами на резкие затруднения в момент волнения, особенно на экзаменах: «С трудом выговариваю слова, с экзамена прихожу весь мокрый, как только беру билет, мелькает мысль: Буду заикаться!» При этом неодолимое волнение возникает даже тогда, когда подготовлен к экзамену достаточно хорошо.

Проведенный анамнестический опрос установил, что эти явления у него возникли с 6-го класса средней школы, когда преподавательница математики часто вызывала его неожиданно и задавала «сбивающие» вопросы, чем доводила до полной растерянности, а однажды в момент его волнения бросила фразу: «Да ты еще заика!» Класс засмеялся, а мальчику сделалось стыдно и он «совсем растерялся». С тех пор вызывая его к доске, учительница каждый раз «издевалась над тем, что он начинал заикаться». С этого времени затруднения речи и заикания стали возникать при каждом волнении: «Если волнуюсь, совсем не могу говорить». После поступления в институт волнения и заикание у него еще более усилились, что он тяжело переживает. Отмечает, что в спокойных условиях никаких затруднений речи не испытывает.

Проведена психотерапия во внушенной дремоте. После 9-го сеанса отмечено резкое улучшение: «Мысль о заикании уже не мучит». На очередной экзаменационной сессии задержки речи не наблюдалось сессию сдал хорошо (наблюдение Е. С. Каткова).

3. Больная Ф., 20 лет, студентка, обратилась с жалобой на «мучительное покраснение лица», возникающее на экзаменах и когда ее вызывает преподаватель: «Не могу отвечать, горит все лицо, а иногда даже и руки». При затруднениях в ответе теряется, но если материал знает, краснеет меньше. Свой недостаток тяжело переживает: «Мне кажется, что все это замечают. Лучше бросить учебу и поступить на работу, чем так мучиться!»

Как удалось выяснить, указанные явления у нее возникли, когда она училась в 7-м классе средней школы. Когда она была вызвана к доске, учитель резко сказал: «Ты всегда краснеешь, когда не знаешь!» Она и до этого случая «очень боялась учителя», а после таких его слов «загорелось не только лицо, но и руки, и вся затряслась... Не помню, как села на место». Оказалась негипнабильной, проведено 10 сеансов словесного внушения по Бехтереву – Бернгейму, что дало значительное улучшение: вернулся интерес к занятиям, успешно продолжает учебу (наблюдение Е. С. Каткова).

4. Наблюдаемая Б., 18 лет, обратилась с жалобой на то, что не смогла быть пианисткой, хотя успешно закончила 7 классов музыкальной школы, прекрасно играла и обладает абсолютным слухом. Оставила занятия музыкой только вследствие того, что на экзамене учительница с раздражением сказала ей: «Какая у тебя маленькая рука, прямо кошачья лапа!»

Этого было достаточно для того, чтобы Б. оставила музыку. В дальнейшем она закончила медицинский институт и стала врачом (наблюдение К. И. Лавровой).

В последнее время на эту группу неврозов обратил внимание и К. К. Платонов (1937, 1946).

Приводим некоторые из его наблюдений, относящихся к авиационной педагогической практике.

1. Курсант, стремившийся овладеть летной квалификацией и любивший летать, стал испытывать на «штопоре» неодолимый страх, которого «раньше у него не было». Анализ этого случая показал, что страх возник в результате внушающего воздействия неосторожной записки, оставленной ему инструктором (при его отъезде), в которой было сказано: «Надеюсь, скоро увидимся, но будь осторожен с «штопором!».

2. На фронте был случай, когда инспектор по технике пилотирования, выходя из кабины, сказал летчику авторитетным тоном: «Вы летать не можете, вы больны!» И этот совершенно здоровый летчик действительно заболел.

Подобные идеи, внушенные неосторожным словом педагога, приводят курсанта в состояние растерянности, оторопелости, а при известных условиях (сниженный тонус коры мозга) могут вести к развитию невроза. Такое явление К. К. Платонов предложил называть термином «дидактогения» (от греческого didakteon – обучающий).

Нужно согласиться с тем, что «дидактогения» появляется в школьной педагогике чаще, чем можно предполагать, так как в деле образования и воспитания приходится иметь дело с повышенной внушаемостью, особенно присущей детскому и юношескому возрасту.

Для устранения явлений ятрогении, дидаско- и дидактогении необходимо широко популяризовать среди врачей и педагогов основные положения учения И. П. Павлова.

Необходимо остановиться и на вреде, который приносит знахарство.

Обычно принято думать, что причины существования знахарства лежат в невежестве некоторых слоев населения. Но, с нашей точки зрения, причина не только в этом, но и в другом, более существенном: здесь может играть роль прямое и косвенное внушение, полусознательно применяемое знахарем, в виде примитивных (подчас весьма наивных и совершенно неполноценных) приемов скрытой психотерапии, иногда приобретающей явно отрицательный характер.

Мы не будем приводить многочисленные примеры, когда путем примитивного лечения различными «нашептываниями» или «настоями» знахарь, устраняя неко-

торые функциональные расстройства, вместе с тем подавляет важные симптомы заболевания, подчас нуждающегося в неотложном специальном фармакологическом или хирургическом вмешательстве. При этом большинство «настоев» делается на водке и принимается большими «дозами» и притом немалое время, явно нанося этим вред здоровью. Так, нам приходилось лечить не одного больного от алкоголизма, возникшего после длительного лечения у «бабки» настоем трав.

До какой нелепости и вредности могут доходить знахарские приемы, показывает следующий печальный пример.

Речь идет об одной учительнице. Для полноты отражения ее переживаний приводим дословно личное изложение пережитых ею душевных мук.

«Я – педагог. Больна многими болезнями, лечилась несколько раз в Севастополе, в Одессе, в Днепропетровске. Сейчас бросила всякую мысль о лечении и вот почему: травма, перенесенная мною в раннем детстве, наложила определенный отпечаток на всю мою жизнь, от нее врачи вылечить меня не могут, а я уже устала по их требованию рассказывать им о себе, и потому решила больше ничего не говорить. Сейчас я серьезно больна – у меня парализована речь. Видя, что никто и ничем мне помочь не может, я пыталась покончить с собой: проанализировав совпадение ряда нелепых случайностей в своей жизни, твердо решила уйти из жизни. Но вот меня убедили полечиться гипнозам и я пришла, но не для лечения нервов, а чтобы избавиться от того, что меня мучит всю жизнь: от страшного ужаса при виде собаки.

Постараюсь вкратце рассказать вам о себе. Мне 33 года. В детстве недолго жила с матерью в деревне. Когда мне было 3-4 года, я была очень больна «английской» болезнью. Знахарка уговорила моих родителей сделать следующее: глубокой январской ночью мой отец взял маленькую черную собачку, принес ведро воды, меня посадил в корыто, на голову положили решето, в него собачку и на собачку вылили ведро холодной воды. Я помню только отчаянное царапанье собачки на моей голове и невероятный визгливый лай. Я обезумела. По словам отца, я вскрикнула и упала замертво в корыте. В тяжелом состоянии отец отвез меня в Симферополь к проф. Н. Н. Каблукову. Три месяца я боролась со смертью и выжила. Но после этого я испытываю ужас перед собаками, а перед маленькими черными в особенности.

Я избегаю улиц и домов, где есть собаки, хожу только днем и обхожу 5-6 кварталов, лишь бы не встретить собаку. Меня даже под угрозой смерти нельзя заставить войти в дом или двор, где есть собака. И не только одна, но и с кем-нибудь я не войду. Люди смеются над этим, но я прячусь от собак и скрываю от всех свой безумный страх перед ними. Жизнь сложилась так, что с 12 лет я оставила семью и живу самостоятельно. Обладая достаточной для того силой воли, много работала над собой, но ничего в этом отношении не добилась, и мне стоило колоссальных усилий промучиться 33 года.

Вся моя жизнь (личного и общественного характера) потерпела полный крах, так как я упорно отказываюсь от всякой общественной работы, если только она связана с хождением по городу или с поездкой в село. Встреча с собаками вызывает у меня безумное, почти обморочное состояние, в результате чего за последние годы у меня не раз на короткие или долгие промежутки времени прекращалась речь. Я стала плохо видеть, у меня появляются сильные приступы раздражения, переходящие в буйное состояние. Все это я мучительно скрываю от других. Я очень любила свою работу, всю себя отдавая школе, детям и работе с их родителями. А теперь 2 года совершенно не могу и не хочу работать. Вот уже месяц, как я совсем бросила работу, и что будет дальше, не знаю. Я рассказала вам только немногое, но оно почти главное в моей неудачной жизни.

Можете ли вы помочь мне? Можете ли, не разговаривая со мной, подчинить меня своей воле и заставить вычеркнуть из памяти этот ужасный эпизод! Из-за него у меня не было детства, не было молодости, не было жизни».

Вне сомнения, в данном случае под влиянием перенесенной в раннем детстве тяжелой психической травмы возник глубокий истерический невроз. К сожалению, больная оказалась негипнабильной, а проведенная нами длительная терапия разъяснением и убеждением успеха не имела.

Нет сомнения в том, что отдельные обращения больных к знахарям обусловлены именно недостаточным учетом врачами того, какое патогенетическое значение в некоторых случаях могут иметь для человека те или иные травмирующие психику факторы, как возникают и развиваются порождаемые ими невротические расстройства, т. е. чисто психогенные нарушения высшей нервной деятельности, причем врачи, имеющие предвзятое мнение об органической природе заболевания, часто игнорируют психогению. Больной, получая от врача не соответствующие его заболеванию советы или лечение, а вместе с тем обладая повышенной внушаемостью, подчас совершенно бесплодно переходит от одного врача к другому и, наконец, попадает к знахарю. И здесь в определенных случаях, в результате знахарского врачевания он может даже получить облегчение, обусловленное, например, прямым или косвенным внушением. Однако основной массе больных знахарское «лечение», конечно, наносит глубокий, часто непоправимый вред.

Здесь уместно привести слова И. П. Павлова, относящиеся еще к концу прошлого столетия: «...Можно судить по теперешним, вовсе не так редким примерам, когда в какой-нибудь деревенской глуши (да и всегда ли только в глуши!) от невежественного опыта с тем или другим лечением знахаря или знахарки в жестоких мучениях кончает смертью тот или другой их пациент».

Итак, корень зла лежит в том, что в ряде случаев клиника учит врача смотреть на природу психогенно возникшего страдания совсем под другим углом зрения: как на органическое заболевание, но не как на функциональное нарушение.

Мы полагаем, что этим весьма существенным недочетом и может объясняться наличие в зарубежных странах весьма большого числа знахарей– людей, являющихся профанами в медицине, лишь поверхностно знакомыми с психотерапевтической литературой и, несмотря на это, сделавших психотерапию своей профессией. Таких «психотерапевтов», по-видимому, особенно много в ФРГ, если в положениях Берлинского психоаналитического общества о психотерапевтическом образовании и подготовке врачей сказано следующее: «Там, где психотерапией занимаются и не врачи, нужно, чтобы последние предварительно спрашивали со-

вета врача и, еще лучше, консультировались бы с ним в процессе лечения».

Такого рода профанов в медицине, сделавшихся «психотерапевтами», можно и должно отождествлять со знахарями. Таким образом, здесь идет прямая борьба авторитета знахаря с авторитетом врача. Она может закончиться лишь тогда, когда наряду с повышением культуры масс клиническая медицина будет больше учитывать психогению, когда врачи будут больше знакомы с физиологией высшей нервной деятельности человека, когда они будут обращать внимание не на один «больной орган», а на весь организм в целом и научатся правильно учитывать подлинные причины развития функциональных нарушений высшей нервной деятельности, как и различных разновидностей кортико-висцеральной патологии. Каждый клиницист должен быть хорошо знаком с лежащими в их основе патофизиологическими механизмами и уметь управлять этими механизмами.

При таких условиях к знахарю не пойдет ни один больной, поскольку психотерапия, построенная на научных началах, будет достаточно широко применяться в клинике и поликлинике.

ГЛАВА XVIII

НЕВРОЗЫ И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ИХ РАЗВИТИЮ

...Мир патологических явлений представляет собою бесконечный ряд всевозможных особенных, т.е. не имеющих места в нормальном течении жизни, комбинаций физиологических явлений. Это, бесспорно, как бы ряд физиологических опытов, делаемых природой и жизнью...

И. П. Павлов

Как мы знаем, высшая нервная деятельность человека формируется в течение всей его жизни, подчас протекающей в весьма трудных и сложных условиях социальной и физической среды. По выражению И. П. Павлова, «главнейшее, сильнейшее и постоянно остающееся впечатление» от изучения высшей нервной деятельности, это «чрезвычайная пластичность этой деятельности, ее огромные возможности: ничто не остается неподвижным, а все может быть достигнуто, изменяться к лучшему, – лишь бы были осуществлены соответствующие условия».

Однако в процессе высшей нервной деятельности человека могут создаваться условия, оказывающиеся уже непосильными для его нервной системы, ибо, как говорит И. П. Павлов, «при усилении болезнетворных приемов» можно, наконец, «одолеть, сломать и уравновешенный сильный тип» нервной системы, так как «всякой силе есть свой предел».

В этом случае часто возникает более или менее стойкое и длительное функциональное нарушение высшей нервной деятельности, характер которого определяется прежде всего исходным состоянием тех корковых физиологических механизмов, в сфере деятельности которых оно возникло. Этим и обусловливается значительное разнообразие и сложность картин невротических заболеваний.

Согласно физиологическому учению И. П. Павлова, неврозы представляют собой хронические (продолжающиеся недели, месяцы и даже годы) функциональные расстройства высшей нервной деятельности.

Необходимо подчеркнуть, что до работ И. П. Павлова не существовало научно

обоснованного понятия о неврозах, оно разработано лишь павловским учением, разрушившим старые анатомо локалистические представления о неврозах как о заболеваниях с якобы «пока еще не открытыми» микроморфологическими изменениями в центральной нервной системе, как считали Штрюмпель, Раймонд (Raymond) и др.

Но еще до исследований школы Павлова было установлено, например, что бецовские клетки двигательной зоны коры головного мозга больной, страдавшей в течение 10 лет истерическим параличом и умершей от интеркурирующей болезни, сохраняют свою цельность (данные микроскопических исследований В. Я. Анфимова, произведенных в клинике Шарко). Вместе с тем о функциональном характере невротического заболевания говорило и полное устранение перенесенных в прошлом сложных невротических синдромов, с полным возвратом высшей нервной деятельности к норме, являющееся прямым результатом психотерапии (см. также главу XI – следовые процессы в коре мозга).

На основе учения И. П. Павлова мы знаем теперь, что под влиянием сверхсильных для данной нервной системы условных или безусловных раздражений, падающих на кору мозга из внешней или внутренней среды, легко может возникнуть изменение силы основных корковых процессов, а также их нормального соотношения, нарушение взаимоотношения коры и ближайшей подкорки, а <u>при неврозах у человека – и соотношения двух сигнальных систем.</u> Срыв высшей нервной деятельности может возникнуть вследствие перенапряжения одного из основных корковых процессов (раздражительного или тормозного) или же перенапряжения их подвижности, столкновения их («сшибки»).

При изучении неврозов человека весьма существенным подспорьем является постоянное, систематическое накопление соответствующих клинических фактов и углубленное исследование в каждом отдельном случае причин и условий развития невроза. Как нам пришлось убедиться, психотерапия помогает правильно ориентироваться в отношении природы иногда трудно диагностируемых (органических или же функциональных, т. е. невротических) синдромов и лежащих в их основе патофизиологических механизмов.

Решающую роль в развитии невроза играют различные травмирующие психику факторы в виде тяжелых, острых или длительных переживаний. Развитие невротического заболевания обусловливается, с одной стороны, типовыми особенностями нервной системы (например, врожденной или приобретенной слабостью нервной системы), с другой, – значимостью для данного человека самого травмировавшего психику фактора. При этом степень психической травматизации зависит от того, действовал ли этот фактор однократно, многократно или хронически, а также от степени и характера эмоциональной напряженности, имевшейся в момент психической травмы, и пр. Существенное значение имеют в этом отношении события, влекущие за собой коренную перестройку, или внезапную ломку упрочившихся динамических стереотипов, что ведет к глубокому нарушению корковой динамики, а в силу этого иногда и к преобладающему воздействию на нее ближайшей подкорки. Это обычно проявляется в виде неуверенности в себе, тревожности, боязливости, тяжелого чувства разбитости, мучительного

внутреннего разлада и пр., что составляет картину невротического состояния. Все это обычно способствует дальнейшему снижению тонуса коры мозга и нарушению взаимоотношения между корой мозга и ближайшей подкоркой. Если же возникшие нарушения становятся устойчивыми и человек самостоятельно избавиться от них уже не может, то возникает картина невротического заболевания, или невроза. В этом случае человек в той или иной мере утрачивает присущие ему в обычных условиях уравновешенность, подвижность, способность к преодолению трудностей и сохранению внутреннего единства и временно становится в большей или меньшей степени неполноценным. Нужно иметь в виду, что развитие невроза связано с понижением тонуса коры мозга, а следовательно, и с повышением внушаемости и самовнушаемости.

Общеизвестно, что для успеха лечения врач должен руководствоваться определенной классификацией болезненных состояний. Однако, поскольку проблема неврозов разрешалась неправильно, до последнего времени не было их общепризнанной этиологической и патогенетической классификации. Об этом свидетельствует, например, то обстоятельство, что собравшемуся в 1934 г. Украинскому съезду невропатологов и психиатров так и не удалось продвинуть разрешение этой проблемы вперед, причем заслушанные на съезде доклады также не способствовали разъяснению вопроса.

Павловское учение о неврозах человека впервые физиологически обосновало их функциональную природу и осветило их происхождение и динамику. Таким путем была раскрыта причина возникновения функциональных расстройств высшей нервной деятельности, выяснены патофизиологические механизмы, лежащие в основе различных невротических заболеваний, и созданы предпосылки для их патогенетической классификации.

При возникновении невротического заболевания решающее значение в одних случаях принадлежит психическим факторам (психогенные неврозы), а в других – факторам соматическим (соматогенные невротические синдромы). Первые из них и привлекли к себе внимание И. П. Павлова. Переходим к их рассмотрению.

Психогенные неврозы обусловлены психотравматизацией с лежащим в ее основе перенапряжением силы или подвижности основных корковых процессов. Сюда относятся общие неврозы (в виде неврастении, психастении и истерии) и навязчивый невроз.

Психогенные неврозы имеют прямую связь с типом высшей нервной деятельности человека. Так, неврастения есть болезненная форма слабого общего и среднего человеческого типа, а истерия – слабого общего типа в соединении с художественным, с патологическим преобладанием первосигнальной и подкорковой динамики. Психастения возникает при слабом общем типе в соединении с мыслительным, с патологическим преобладанием второсигнальной динамики. Поэтому у больного истерией общая слабость дает себя знать преимущественно в деятельности второй сигнальной системы, представляющей собой высший регулятор человеческого поведения, который в данном случае является скомпрометированным. По этой причине у больного наблюдается хаотичность в деятельности

первой сигнальной системы и эмоционального фонда. В случае психастении, наоборот, слабостью отличаются первая сигнальная система и эмоциональный фон, в силу чего второсигнальная деятельность оказывается оторванной от реальности.

Что касается навязчивого невроза, то в его основе лежит корковый «больной пункт», длительно сохраняющийся вследствие изолирующей его зоны торможения, образующейся по механизму отрицательной индукции из подкорки. Поэтому навязчивый невроз характеризуется патологической инертностью корковых процессов в области этого больного пункта.

К психогенным относятся и те невротические состояния, в основе развития которых лежит патологически прочно зафиксировавшаяся условнорефлекторная связь. Причины их развития рассматриваются на стр. 312.

Лечение психогенных неврозов требует применения именно тех средств, которые воздействуют непосредственно на кору мозга, являющуюся приматом в развитии психогенного невроза. Сюда относятся речевая терапия (и психотерапия в широком смысле), бром-кофеиновая терапия и терапия сном. Положительные результаты лечения психогенных неврозов этими методами являются одним из доказательств их функциональной природы. В качестве вспомогательных средств обычно применяются тонизирующие кору мозга фармако- и физиотерапия, трудотерапия, лечебная физкультура и пр.

Все это дает право рассматривать психогенный невроз как нозологическую единицу: ему присуща определенная этиология, специфическая клиническая картина, специальная этиологическая и патогенетическая терапия.

В основе соматогенно обусловленных невротических синдромов (так называемые соматогенные неврозы) лежит астенизация коры мозга, вызванная соматическим заболеванием, т. е. заболеванием, имеющим в своей основе то или иное органическое нарушение, вызванное физической травмой, инфекцией, эндокринопатией, эндокринно-вегетативными перестройками и т. п. Таким образом, соматогенные невротические синдромы также отличаются своей этиологией и патогенезом, причем кора мозга астенизируется при них вторично. Соответственно этому патогенетическим методом лечения в данном случае является устранение основного соматического заболевания (т. е. фармако-, физиотерапия и т. д.), а психотерапия служит вспомогательным, симптоматическим средством лечения таких заболеваний.

Подразделение на психогенные неврозы и соматогенные невротические синдромы имеет большое практическое значение прежде всего потому, что этим предопределяется характер назначаемой терапии. Придерживаясь этого подразделения, мы на практике убедились в его целесообразности (1929).

А. Г. Иванов-Смоленский (1952) выделяет еще заболевания смешанной этиологии и психического и соматического характера, составляющие третью большую группу невротических заболеваний. В этом случае могут иметь место одновременно и психогения, и соматогения, как и возможная психогенная невротическая реакция больного на возникшее соматическое заболевание.

Следует иметь в виду, что снижение тонуса коры мозга, вызываемое соматогенным невротическим синдромом, уже само по себе является условием, предрасполагающим к развитию невротического состояния.

Наконец, следует остановиться на вопросе о правомерности такого наименования заболеваний, как «невроз органа» и «вегетоневроз». Сущность этого рода заболеваний долгое время оставалась невыясненной. Исходя из учения И. П. Павлова, нужно считать, что в основе этих заболеваний лежит общий невроз (того или иного вида), в клиническую картину которого входит стойкое функциональное нарушение деятельности определенного внутреннего органа или вегетативной системы, обусловленное функциональным расстройством регуляторной деятельности клеток коры мозга, обеспечивающих нормальное функционирование этого органа или системы.

Таким образом, «невроз органа» или «вегетоневроз» – это висцеральный компонент общего невроза, возникновение которого обусловлено тем, что данный участок корковой динамики по той или иной причине явился «местом наименьшего сопротивления» и потому оказался скомпрометированным.

Поэтому в этих случаях лечить следует не «заболевший» орган или вегетативную систему, а нарушенную регуляторную деятельность коры мозга, что и является причиной «заболевания» органа или системы. Такое понимание вносит ясность в диагностику этих заболеваний и методы их лечения. Патогенетическим методом в таких случаях должны быть средства, тонизирующие корковую динамику, – речевая психотерапия и бром-кофеиновая терапия, а также терапия сном.

Нужно иметь в виду, что изнуряющее соматическое заболевание или тяжелые повторные и длительные психические травмы могут ослабить и сильный, уравновешенный тип нервной системы и привести к возникновению невротического заболевания. Недоучет этого обстоятельства легко может привести врача к ошибочному толкованию характера невротического заболевания. Это в равной мере относится как к диагнозу истерии, так и к диагнозу психастении.

В некоторых случаях реактивный истерический синдром, если он затягивается надолго (на месяцы или даже годы), может ввести врача в заблуждение. Нередко врач ошибочно считает такого больного «конституциональным истериком», «истерическим психопатом». При этом некоторые врачи обычно усматривают и «целевую установку», и «тенденцию к симуляции», и «сексуальную» этиологию, причем с будто бы труднообратимыми патологическими проявлениями, «требующими длительного комплексного лечения».

Вследствие неправильного лечебного подхода к этим больным врачи нередко осложняют и ухудшают их состояние, травмируя их также самим диагнозом «истерия».

Практика показывает, что в этих случаях при соответствующем анализе развития патологического синдрома психотерапия, особенно проводимая во внушенном сне, может в более или менее короткий срок дать стойкий положительный эффект вплоть до радикального устранения не только отдельных симптомов, но и всего синдрома, с полной нормализацией корково-подкорковых отношений. При этом у больного могут выявиться черты более или менее сильного типа нервной системы. Наши наблюдения показывают, что такие реактивные невротические состояния могут развиваться у преморбидно (практически и клинически) здоро-

вых людей, и без наследственного предрасположения.

Такие заболевания мы всегда диагностируем как пролонгированную истерическую реакцию или «реактивный истерический невроз». Психотерапия, проводимая в бодрственном состоянии или во внушенном сне с последующими сеансами длительного внушенного сна-отдыха, в этих случаях обычно дает стойкий положительный эффект.

Что касается этиологических факторов, лежащих в основе реактивного истерического невроза, то в свете учения И. П. Павлова и этот вопрос получает определенную ясность. Здесь могут иметь значение чрезвычайно разнообразные травмирующие психику воздействия, к которым, по словам И. П. Павлова, относятся «не только ужасы войны, но и много других опасностей для жизни (пожар, несчастье на железной дороге и т. д.), длинный ряд жизненных ударов, как потеря дорогих лиц, обманутая любовь и другие обманы жизни, лишение имущества, разгром убеждений и верований и т. д. и вообще трудные условия жизни: несчастный брак, борьба с нищетой, истязание чувства собственного достоинства и т. д.».

Данные наших наблюдений также свидетельствуют о весьма большом разнообразии травмирующих психику факторов, которые могут приводить к развитию истерического невроза у лиц художественного типа.

Нередко истерический синдром, даже более или менее длительный, может оказаться преходящим и иметь временный характер, не возобновляясь в дальнейшем. Такого рода «истерики» нуждаются именно в психотерапии, которая, как упоминалось, может приводить к стойкому выздоровлению, особенно у лиц общего сильного и частного художественного типа.

Нужно сказать, что и диагноз «психастения» сам по себе также может сильно травмировать больного. Часто такого рода больные в действительности не являются психастениками в общепринятом понимании, в смысле психастенического характера. Как известно, для последнего характерны глубокие нарушения, говорящие о крайне слабом общем и частном мыслительном типе высшей нервной деятельности, со свойственным психастении патологическим преобладанием деятельности второй сигнальной системы над деятельностью первой.

Следует отметить, что нередко клиническая картина навязчивого невроза включает симптоматику, обычно специфичную для конституциональной психастении, что может послужить поводом для ошибочного диагностирования данного заболевания как «психастении».

Как известно, в свое время В. М. Бехтерев (1890, 1892, 1915, 1928) указывал на эффективность внушения и гипноза при навязчивых состояниях. «Из других психических расстройств,– говорил он,– могут быть излечиваемы с помощью гипнотических внушений навязчивые идеи и различные виды патологического страха» (1911).

Значение типа нервной системы.

По учению И. П. Павлова, тип нервной системы определяется свойствами основных корковых процессов: их силой, уравновешенностью и подвижностью. Вместе с тем наряду с общими типами высшей нервной деятельности, которые

присущи как человеку, так и высшим животным, И. П. Павлов выделил частные типы, свойственные только человеку, а именно мыслительный, художественный и средний. При этом специфические особенности высшей нервной деятельности человека определяются соотношением в ней обеих сигнальных систем действительности. Так, если средний тип, как говорит И. П. Павлов, «соединяет работу обеих систем в должной мере», то в мыслительном типе превалирующее значение принадлежит второй сигнальной системе, через которую в основном и осуществляется вся высшая нервная деятельность. При художественном типе, наоборот, центр тяжести высшей нервной деятельности падает на первую сигнальную систему и подкорку. У людей художественного типа высшей нервной деятельности преобладающее значение получают условные раздражители первой сигнальной системы, т. е. предметы и явления внешнего мира, действие которых в значительной мере преломляется сквозь призму эмоционального отношения к ним со стороны данного человека. Вследствие этого у представителей данного типа высшей нервной деятельности больше дает себя знать ближайшая подкорка (эмоции), чем чисто рассудочная (мыслительная) деятельность.

Для успешного уравновешивания деятельности организма с быстро меняющимися условиями внешней среды необходимо, чтобы оба основных корковых процесса – раздражительный и тормозной – обладали достаточной силой, имели достаточную подвижность, а вместе с тем были бы достаточно уравновешены между собой.

Как известно, вопросу о связи невроза с типом нервной системы И. П. Павлов уделял большое внимание. Основываясь на экспериментальных данных, он пришел к выводу, что «вероятность нервного заболевания отчетливо связывается с типом нервной системы» . Однако на пути к распознаванию типологических особенностей нервной системы человека лежат значительные трудности. Прежде всего нужно иметь в виду, что разнообразие типов нервной системы не ограничивается основными четырьмя типами, так как в жизни может встречаться до 24 различных их вариаций, причем более мелкие вариации типа нервной системы наблюдаются особенно в слабом типе. Они далеко еще не изучены и не систематизированы. Кроме того, нельзя упускать из виду еще одно обстоятельство. С. Н. Выржиковский и Ф. П. Майоров (1933) в экспериментах на щенках показали, что представители сильного типа, воспитанные в «оранжерейных» условиях, могут проявлять черты слабого типа. Вместе с тем известно, что и слабый тип путем тренировочных упражнений может быть сделан жизненно устойчивым, иначе говоря, его природные свойства могут быть замаскированы.

Изложенные соображения делают понятным, почему изучение «истинных типов нервной деятельности» представляет «почти неодолимую трудность». Как говорит И. П. Павлов, «образ поведения человека и животного обусловлен не только прирожденными свойствами нервной системы, но и теми влияниями, которые падали и постоянно падают на организм во время его индивидуального существования».

Говоря о различиях генотипа и фенотипа высшей нервной деятельности человека, В. Н. Мясищев (1958) подчеркивает, например, что слабый тип в зависи-

мости от характера воспитания может быть морально сильным или же интеллектуальная подвижность может сочетаться со стойкостью и глубиной эмоций; все зависит от того, в каких направлениях проявляются типические свойства характера человека. Вследствие этого источники заболевания следует искать не только в типе в целом, но и в слабых звеньях всей системы высшей нервной деятельности человека. При этом могут играть роль не столько сами лица или обстоятельства, сколько то отношение к ним, с которым связана повышенная или чрезмерно болезненная эмоциональность. Вместе с тем автор различает два типа патогенеза. В одном случае болезненное отношение и срыв возникают под влиянием трудных условий у полноценной до того личности, в другом – под влиянием длительных неблагоприятных условий меняется сам характер личности, как и ее отношения, вследствие чего сама ситуация становится для нее патогенной.

В силу этого для определения природного типа нервной системы необходимо учитывать все те влияния, под которыми был со дня рождения и теперь находится данный организм. И. П. Павлов считает, что для преодоления всех указанных трудностей необходимо умножать и разнообразить формы наших диагностических испытаний, которые должны быть направлены на выявление возникших в нервной системе специальных изменений, обусловленных определенными влияниями индивидуального существования. Именно таким путем можно раскрыть как замаскированные природные черты, так и вновь привитые, приобретенные особенности типов нервной системы. В силу этого определение типологических особенностей больного в наших исследованиях носит лишь ориентировочный характер, что в первую очередь стоит в связи с указанными выше трудностями, подчеркиваемыми самим И. П. Павловым и его учениками, в частности А. Г. Ивановым-Смоленским (1953).

Острые аффективные состояния.

Среди условий развития невротического заболевания исключительно важное значение принадлежит характеру эмоционального состояния, имевшегося при возникновении невроза. В свете данных школы И. П. Павлова о взаимоотношениях коры и ближайшей подкорки становится понятной та огромная роль, какую эмоции играют не только в нормальных условиях жизни, но и особенно в возникновении невротических заболеваний. Чрезмерно сильное эмоциональное напряжение, однократное, а тем более повторное, кратковременное или же длительное, при определенных условиях может стать причиной возникновения значительного и стойкого нарушения высшей нервной деятельности. Поэтому проблему психогении различных нарушений функций организма необходимо строить на анализе состояния эмоциональной сферы больного и пережитых им аффективных состояний.

Как известно, ряд моделей человеческих эмоциогенных нарушений был получен М. К Петровой (1946) на собаках. Ею было установлено, что если нервная система в течение длительного времени (нескольких лет) систематически подвергалась тяжелым нервным травмам, то всегда можно было наблюдать, кроме различных патологических состояний нервной системы, еще заболевания почек, печени, суставов, воспаление среднего уха, двигательные расстройства со

стороны желудочно-кишечного тракта, так же как и различные специфические заболевания кожи и разнообразные новообразовательные процессы как на коже, так и во внутренних органах. Появлению этих заболеваний непременно предшествовали срывы нервной деятельности. По словам М. К. Петровой, различные психические травмы, «по-видимому, имеют самое существенное значение для предрасположения организма ко всякого рода заболеваниям, вплоть до рака и до преждевременного старения организма. Поэтому вопросу о связи психического и соматического необходимо придавать большое значение». Многочисленные клинические наблюдения неврогенных расстройств функций внутренних органов и систем могут служить доказательством этого.

Ненормальное развитие или же временное обострение одной или другой из наших эмоций может, говорит И. П. Павлов, «посылать в соответствующие корковые клетки в определенный период времени, или постоянно, беспрестанное или чрезмерное раздражение и таким образом произвести в них, наконец, патологическую инертность – неотступное представление и ощущение, когда потом настоящая причина уже перестала действовать. То же самое могли сделать и какие-нибудь сильные и потрясающие жизненные впечатления» (разрядка наша. – К. П.).

О важном значении эмоции в развитии тех или иных нарушений высшей нервной деятельности свидетельствуют данные исследований В. М. Бехтерева и В. Н. Мясищева (1926) и Н. И. Красногорского (1939). Так, Н. И. Красногорский отмечает, что рефлексы, образованные во время сильного испуга, остаются неугасимыми на всю жизнь. Он считает, что во время сильных эмоциональных подкорковых возбуждений кора как целое заторможена, кроме тех иннервации, которые непосредственно раздражаются при данной ситуации. Для иллюстрации сказанного приводим ряд примеров из нашей практики.

1. Больная К., 63 лет, акушерка, обратилась с жалобами на то, что встречи с похоронными процессиями и всем, что связано с похоронами (панихидное пение, траурная музыка, запах ладана и т. п.), в течение всей ее жизни вызывают у нее «неописуемый страх» с резко выраженным вегетативным компонентом, а иногда и обморочные состояния. Этот страх предопределяет все ее поведение: она была вынуждена переменить выбранную ею профессию, старается проживать подальше от кладбища (на котором ни разу в своей жизни не была), в страхе уходит с концерта при звуках похоронного марша и т. п.

В процессе выяснения условий образования этой патологической реакции нам удалось установить, что однажды в 5-летнем возрасте она была взята няней на похороны, причем, когда во время панихиды она стала капризничать, няня пригрозила ей покойницей: «Вот встанет и возьмет тебя с собой в могилу!» «Меня охватил ужас,– говорила больная,– я вся задрожала и, обхватив руками ноги няни, спрятала лицо между ее коленями и так стояла, вся дрожа, пока не окончилась панихида». Во время рассказа у больной наблюдалась яркая эмоциональная реакция с выраженным вегетативным компонентом (покраснение лица, потоотделение на лбу, учащение пульса), общей дрожью и ощущением «запах ладана, насыщавшего воздух во время панихиды».

В данном случае однократное, но чрезвычайно сильное эмоциональное возбуждение, развившееся под влиянием словесного раздражителя, обусловило возникновение и фиксацию на многие годы патологической условнорефлекторной реакции на данную ситуацию в виде чувства непреодолимого страха по отношению ко всему, связанному с похоронами. Эта много лет существовавшая фобия была полностью устранена двумя сеансами внушения во внушенном дремотном состоянии. Следует отметить, что уже по дороге домой после первого сеанса больная спокойно отнеслась к встретившейся похоронной процессии. Переехав вскоре на новое место жительства, она согласилась поселиться недалеко от кладбища (о чем мы узнали впоследствии из письма ее мужа). Больная находилась под наблюдением в течение 4 лет; случаев возобновления фобии не было (наблюдение автора).

2. Больная П., 45 лет, научный работник, обратилась с жалобами на боязнь замкнутых пространств и толпы. При определенных условиях ею овладевает волнение, состояние растерянности и отчаяния, возникает сердцебиение, страх, часто вынуждающий ее кричать. Если она стиснута в толпе людей и не видит близкого выхода, например в вагоне трамвая или на собрании, т. е. в помещении вдали от выхода, то в необычайном волнении, с криком отчаяния и выражением ужаса на лице она умоляет скорее пропустить ее к выходу, протискивается с большими усилиями, вызывая удивление со стороны окружающих. Но подойдя к выходной двери и видя, что она открыта, тотчас же успокаивается. В театре, на концертах, на научном заседании она бывает относительно спокойна, но когда входит или выходит вместе с толпой людей, тотчас же начинает испытывать «неописуемый ужас». Если она стоит в трамвайном вагоне у открытого окна, то страха обычно не испытывает («есть выход через окно»). Но если ей случается быть в закрытом помещении в большой толпе людей, тотчас же возникает сильный приступ страха.

Применялись разнообразные медикаментозные и физические методы лечения, но без всякого успеха. Врачи рекомендовали «взять себя в руки» или «заняться самовнушением», но попытки в этом направлении оказались безрезультатными. По словам больной, эти страхи наблюдались у нее «всю жизнь», причем происхождение их для нее было непонятно: «Не знаю, откуда и почему они!»

Однако путем соответствующих вопросов о переживаниях в далеком прошлом все же выяснилось следующее. Однажды в 17-летнем возрасте она пришла в собор на торжественное богослужение, где с трудом пробиралась вперед через толпу солдат. Дойдя до середины собора, она оказалась стиснутой окружавшими ее солдатами и почувствовала себя в безвыходном положении, не имея возможности двинуться ни вперед, ни назад. Ею овладело состояние ужаса, отчаяния и растерянности. «Отдаленность выходной двери привела меня в безумный ужас, – говорила она, – и я крикнула не своим голосом: «Мне дурно!» Сопровождавшие люди помогли ей выбраться из толпы и вывели ее из церкви. По мере приближения к открытой двери она стала постепенно приходить в себя, а выйдя на улицу совершенно успокоилась.

Рассказывая, больная сильно волновалась, как бы вновь переживая все происшедшее с ней примерно 30 лет назад, причем она «явственно ощущала запах солдатских шинелей и человеческой толпы». Таким образом, и здесь произошло оживление следов пережитого в прошлом сильного эмоционального возбуждения.

Проведена разъяснительная беседа (разъяснен физиологический механизм ее навязчивого страха) и высказано убеждение в том, что такое состояние прекратится. После этого больная в значительной мере успокоилась, тогда как раньше была в тревоге за полноценность своей психики. Мы ее отпустили, предложив явиться в случае рецидива. Больная больше к нам не являлась и дальнейших сведений о ней мы не имели (наблюдение автора).

В данном случае возникло функциональное нарушение высшей нервной деятельности в форме навязчивого невроза (фобия замкнутых пространств и толпы), в основе которого лежал корковый изолированный больной пункт, образовавшийся по условнорефлекторному механизму. Эта патологическая реакция на ситуацию, прочно зафиксировавшаяся на многие годы (вследствие отрицательной индукции, изолировавшей возникший корково-подкорковый очаг концентрированного раздражения от прочих районов коры мозга), возобновлялась всякий раз, когда средовая ситуация оживляла следы пережитого в прошлом острого аффективного состояния.

Аналогичная функциональная патология возникла и прочно зафиксировалась и в следующем наблюдении.

3. Больная Ш., 36 лет, обратилась с жалобами на повышенную раздражительность, явления сжатия в области сердца и желудка, тревожный сон с постоянно всплывающей в момент засыпания яркой картиной нападения на нее бандита («лес, человек в военной шинели с обрезом в руках»). В такие моменты больная вскрикивает, просыпается и засыпает лишь под утро. Такая же картина преследует ее и при бодрствовании, когда вечереет. В связи с этим развилась боязнь высоких людей в военной шинели: «Как увижу похожего, все внутри загорится!» Отмечались слабость, прогрессивно падающий аппетит, резкое снижение работоспособности. Общая укрепляющая терапия (в поликлинике) результата не дала. До заболевания Ш. отличалась хорошей работоспособностью, веселым и жизнерадостным характером.

Проведено 5 сеансов гипносуггестивной терапии во внушенном сне, что дало возможность полностью устранить весь патологический синдром и восстановить нормальную корковую динамику. Наблюдение длилось 2 года, рецидивов не было. Работоспособность, жизнерадостность и спокойный характер восстановились полностью (наблюдение Е. С. Каткова).

Итак мы видим, что в приведенных выше наблюдениях острая эмоциональная напряженность была весьма существенным условием возникновения и развития невроза, что подтверждает правильность основного положения Дежерина (1912). «Без эмоции нет психоневроза». Нужно сказать, что в большинстве случаев такого рода эмоциональные факторы обычно без большого труда вспоминаются самим больным.

Как известно, вопросу о патогенетическом значении острых отрицательных

эмоций в свое время было уделено достаточно много внимания. Мы знаем классические труды отечественных авторов, собравших огромный эмпирический материал по этому вопросу, – В. А. Манассеина (1876), А. Яроцкого (1914), а также зарубежных – Фере (1892), Дежерина (1912). Физиологические механизмы возникновения эмоции выяснялись в работах В. М. Бехтерева, а в дальнейшем и школы И. П. Павлова, особенно в работах М. К. Петровой (1946). Из последних вытекает, что длительное отрицательное эмоциональное напряжение, оказывая воздействие на состояние тонуса коры, может приводить к значительным нарушениям вегетативных функций организма и сопротивляемости его различным вредностям.

Необходимо также отметить исследования лаборатории П. К. Анохина (1949), посвященные проблеме эмоций. Кроме того, в последнее время П. К. Анохин предложил концепцию коркового торможения и на ее основе сделал попытку физиологического анализа генеза невротических состояний (1955). В этих исследованиях большое значение придается отрицательным эмоциям, которые при определенных условиях ведут к возникновению невротического состояния.

Фазовые состояния.

Как мы уже знаем, переходные состояния корковых клеток от бодрствования ко сну (и обратно), получившие в учении И. П. Павлова наименование гипнотических фаз (фазы уравнительная, парадоксальная и ультрапарадоксальная), играют важную роль в физиологическом механизме внушающего воздействия слова. По этой причине и развитие невротического синдрома, если оно произошло по механизму словесного внушения, также наиболее легко возникает именно в этих условиях.

Следует отметить, что развитие фазового состояния корковых клеток обычно связано со сниженным тонусом мозговой коры, создающимся, например, в условиях астенической эмоции (испуг, страх, тревога, растерянность и т. п.), т. е. при кратковременных или длительных и напряженных динамических процессах в подкорке, вызывающих выраженную отрицательную индукцию в коре и снижающих таким путем тонус последней.

Как показали исследования лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского, эти фазовые состояния могут также возникать при инфекционных или токсических заболеваниях, в условиях истощения корковых клеток, при функциональных эндокринно-вегетативных перестройках. Об этом говорят данные. Д. С. Фурсикова (1922), М. С. Розенталя (1922), И. Р. Пророкова (1941). Наконец, сниженный тонус коры мозга может быть обусловлен не только прирожденной слабостью нервной системы (слабый тип), но и приобретенными свойствами (ослабленный тип). Как говорит И. П. Павлов, «можно легко представить себе нервные системы, или со дня рождения, или под влиянием трудных жизненных положений обладающие малым запасом раздражимого вещества в клетках коры и потому легко переходящие в тормозное состояние, в разные его фазы, или даже постоянно находящиеся в какой-нибудь из этих фаз».

Нередко приходится наблюдать картину, чрезвычайно ярко иллюстрирующую

роль фазового состояния в генезе невроза, который возник под влиянием травмировавших психику словесных раздражений при переходном состоянии от сна к бодрствованию или, наоборот, от бодрствования ко сну.

В этих же условиях ярко выступает и эффективность психотерапии (К. И. Платонов, 1930, 1935, 1940).

В случаях фазовых состояний невротические синдромы чаще всего развиваются по физиологическому механизму внушения и самовнушения, но часто отличаются сложной клинической картиной и длительным течением, что нередко составляет причину значительных диагностических затруднений.

Приводим типичные в этом отношении наблюдения, свидетельствующие о значении сниженного тонуса коры и патогенетической роли переходных фазовых состояний в образовании зафиксировавшихся невротических навязчивых состояний.

1. Больной З., 24 лет, музыкант оркестра, обратился в мае 1930 г. с жалобами на навязчивый страх сойти с ума, потерю веры в свои силы, полную неработоспособность, мучительное «сознание непригодности к работе и жизни». Состояние больного прогрессивно ухудшается, несмотря на стремление к выздоровлению. Болен в течение одного года. При опросе больного выяснилось, что однажды он смотрел в третий раз уже мало интересовавшую его кинокартину, к тому же на последнем вечернем сеансе, и поэтому большую часть времени находился в дремотном состоянии. Но в момент наиболее ярко выраженной сцены психического расстройства героя кинокартины его толкнули и вывели из дремотного состояния. Он, полуоткрыв глаза, взглянул на экран и тут же услышал тихо произнесенные соседом слова: «Вот так и ты сойдешь с ума». Его охватил ужас и смятение и он, в большом волнении, с трудом досидел до конца сеанса.

Ночь прошла мучительно, без сна. В голове звучали слова: «Вот так и ты сойдешь с ума», а перед глазами стояла картина сумасшествия. С этого дня у него возник навязчивый страх сойти с ума, усилившийся впоследствии из-за диагноза врачей «психастения». Играть в оркестре уже не мог, так как не переставала мучить мысль о сумасшествии, сон нарушался картинами сумасшествия, из-за них боялся ночей. Сделался мнительным, боязливым, «каким никогда раньше не был». Работоспособность падала, ухудшение здоровья и безрезультатность лечения приводили его в отчаяние. «Самоубийство являлось единственным выходом», – говорил больной.

После выяснения причины проведена разъяснительная и успокоительная беседа, которая, однако, его не успокоила: на следующий день явился в том же состоянии. Оказался хорошо гипнабильным. Проведено 5 сеансов внушения во внушенном сне, формула внушения включала соответствующие слова успокоения, индифферентного отношения к пережитому и забвение пережитого. Каждый сеанс сопровождался последующим одночасовым внушенным сном-отдыхом. Эффект получился поразительный. «Когда я, – говорил больной, – после 1-го сеанса вышел на улицу, мне сделалось приятно. Я стал смотреть на прохожих и задавать себе вопрос: «Ну, чего, в самом деле, я боюсь? Ведь люди ходят, не боятся, а я

боюсь! Я смог, наконец, взять себя в руки и пришел домой уже веселый. Правда, наступления ночи боялся, но не так, как раньше». После 2-го сеанса стал чувствовать себя еще лучше, а после 4-го и 5-го сеансов – совсем хорошо. «Радости моей нет границ!»– говорил больной.

Был под наблюдением 11 лет, рецидивов не было, после выздоровления в течение 10 лет играл в оркестре радиокомитета. Диагноз: навязчивый невроз (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

Вне сомнения, в этом случае имело место явление, вполне аналогичное гипнотическому и постгипнотическому внушению, так как в момент воздействия двух раздражений – зрительного и слухового – данный человек находился в состоянии неполного сонного торможения, т. е. имелся сниженный тонус коры мозга, обусловленный переходом от сонного к бодрому состоянию. По-видимому, здесь могла иметь место парадоксальная фаза, при которой словесный раздражитель (слова: «Так и ты сойдешь с ума!» сказанные к тому же тихо), а также зрительный (оба слабые) создали локально ограниченный и притом несоответственно сильный очаг концентрированного раздражения, изолированный сильной отрицательной индукцией из подкорки. В силу этого образовался корковый изолированный «больной пункт» – очаг патологического застойного возбуждения.

Обратный процесс – устранение «больного пункта» – был осуществлен путем терапевтического внушения: «Пережитое вами уже забыто, никакого действия оно на вас не оказывает, вы снова вполне здоровы». Лечебное воздействие было произведено также в условиях сниженного тонуса коры, лежащего в основе состояния внушенного сна. Как мы видим, устранение патологического синдрома произошло почти столь же быстро, как и его образование, и при тех же физиологических условиях: в переходном (фазовом) состоянии мозговой коры. В этих условиях возникновение «больного пункта» происходит особенно легко, о чем свидетельствуют и следующие два наблюдения.

2. Больная Х., 23 лет, доставлена в диспансер родственниками в тревожно-возбужденном состоянии, с жалобами на боязнь встречи с мужчинами, боязнь мужских взоров, присутствия ножей, топоров, половиков. Боится одна выходить из дому, спать на своей постели, причем ночью не спит совсем, а днем может лишь дремать, сидя на стуле; при углублении дремоты тотчас же просыпается. Резкое исхудание. Заболевание острое, длится около 2 месяцев, началось в связи с нападением грабителей на квартиру. Ночью больная была разбужена одним из членов семьи, сказавшим шепотом: «Просыпайся, к нам лезут бандиты, одетые в маски!» Возник испуг и кратковременное ступорозное состояние. Нападение было быстро предотвращено и нападавших больная не видела, однако она оставалась под сильным влиянием разбудивших ее слов.

Больная рассказывала, что услышанные ею слова подействовали на нее, «как гром», ее охватил ужас, все спуталось, только и слышалось в голове: «Бандиты, бандиты в масках!» Боязнь ножей и топоров объясняла тем, что при повторном нападении, которого она в напряженном страхе ожидала, эти предметы могли быть использованы бандитами. Боялась половиков, потому что в случае защиты от нападения она «может на них подскользнуться и упасть». Боялась спать на своей кровати и предпочитала спать сидя, чтобы скорее и легче можно было «спастись бегством». После 4 сеансов внушения во внушенном сне с последующими одночасовыми сеансами внушенного сна-отдыха патологический синдром был устранен. Положительный катамнез 12 лет, рецидива не было (наблюдение автора).

Приводим другой случай возникновения аналогичного «больного пункта» в форме тяжелого невротического состояния.

3. Больная Л., 21 года, со здоровой наследственностью, приведена матерью в ноябре 1930 г. с жалобами на чрезвычайно тревожное, угнетенное состояние, резкое исхудание, бессонницу и на то, что в течение месяца ее преследует боязнь развития разнообразных заболеваний и возможности скорой смерти. Это привело к постоянному хождению по поликлиникам и лабораториям в упорных поисках подтверждения лабораторными анализами воображаемых заболеваний.

По словам матери, в последнее время «сделалась совсем ненормальной»: не ест, не спит ночами, плачет, только и говорит о болезнях. Поликлиника направляет в психиатрическую больницу, так как развилась картина так называемого идеообсессивного психоза, в то время как до заболеаания всегда была здоровой, бодрой, жизнерадостной, работоспособной.

Выяснилось, что месяц назад больная перенесла брюшной тиф. Во время помрачения сознания, когда температура была 40,2°, у ее постели собрался консилиум врачей, которые вполголоса высказывали предположения о возможных осложнениях: «Сам тиф не опасен, но могут быть осложнения». «Здесь, пожалуй, развивается или менингит, или явления уремического характера». «Необходима консультация с невропатологом». Далее упоминалось об энцефалите, параличах, флегмоне. Как затем выяснилось, эти слова доходили до сознания больной.

«Я смутно сознавала, – говорила потом больная,– что возле меня врачи, названия осложнений вбивались мне в голову». В период выздоровления больная начала находить у себя признаки всех этих заболеваний: «Ужас перед ними охватывал меня»,– говорила она. Так постепенно, в условиях вторичной психической переработки, происходившей при сниженном тонусе коры мозга, созревали навязчивые мысли, еще больше усилившиеся после того, как соседка больной по палате, пытавшаяся встать на ноги, упала. Вспомнив сказанное врачом о возможности паралича, наша больная решила: «Вот и со мной будет то же!»

Четыре сеанса психотерапии во внушенном сне, с последующими сеансами получасового внушенного сна-отдыха устранили весь синдром. Диагноз: ятрогенный навязчивый невроз, нозофобия. Находилась под наблюдением в течение 6 лет; рецидива не было (наблюдение автора).

В данном случае в основе развития синдрома лежал физиологический механизм внушения, возникший в условиях неполной заторможенности коры мозга, ослабленной тифозной инфекцией, по-видимому, с развившейся в ней парадоксальной фазой. К этому предположению приводят исследования павловской школы, в частности упоминавшиеся выше данные лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского (1952), посвященные изучению влияния на динамику коры мозга таких

факторов, как инфекции, интоксикации и различные нарушения функций эндокринно-вегетативной системы. При этих условиях отмечалось преобладание тормозного процесса над процессом возбуждения и переходное (фазовое) состояние корковых клеток. Это предположение мы можем высказать на основании многих других клинических наблюдений невротических заболеваний, развившихся под воздействием различных факторов по физиологическому механизму внушения (главным образом в форме невроза навязчивости) в условиях сниженного тонуса коры мозга.

В аналогичных физиологических условиях развился невроз навязчивости и у следующего больного.

4. Больной К., 33 лет, поступил с жалобами на упорный навязчивый страх смерти, не покидающий его в течение нескольких месяцев. Причиной послужили слова, сказанные в тот момент, когда он лежал в состоянии алкогольного опьянения: «Кажется, умер!» Эти слова вызвали сильный испуг и отрезвление. С того момента его не покидает навязчивый страх смерти. Этот патологический симптом был устранен 2 сеансами внушения во внушенной дремоте с последующим внушенным сном-отдыхом (наблюдение автора).

Таким образом, во всех приведенных случаях (а таких в клинической психотерапевтической практике встречается немало) заболевание возникало в условиях сниженного тонуса коры мозга и фазовых состояний корковых клеток. Подобные наблюдения развития неврозов описаны Е. А. Поповым (1940), который также подчеркивает роль фазового состояния в развитии явлений навязчивости.

Патологические условнорефлекторные связи.

Как показывают клинические наблюдения, условные раздражители, которые могут входить в патологическую временную связь, чрезвычайно разнообразны. На каждый внешний раздражитель в силу универсальности явления временных связей при определенных условиях может образоваться патологический условный рефлекс, проявляющийся лишь при наличии специфического раздражителя. Возможность получения патологического условного рефлекса экспериментальным путем впервые была установлена В. А. Крыловым (1925).

Нужно сказать, что в огромном большинстве случаев патологические условнорефлекторные связи устраняются психотерапией, причем обычно довольно быстро.

Нам приходилось наблюдать больных, у которых условнорефлекторные головные боли возникали каждый раз при приезде в тот город, где когда-то была пережита тяжелая психическая травма, сопровождавшаяся упорной головной болью. У одной нашей больной «истеро-эпилептиформные» приступы развивались при каждой ее встрече с женщинами-блондинками, так как в течение долгого времени больная была травмирована увлечением ее мужа блондинкой. Сюда же нужно отнести и часто встречающиеся фобии (боязнь широких пространств, закрытых помещений, острых предметов и т. д.), которые обычно закрепляются по механизму временных связей. Психотерапия, проводимая в бодрственном состоянии или же в состоянии внушенного сна, в значительном большинстве случаев дает положительный результат.

Случаи возникновения прочно закрепившейся патологической условной связи нередки. Приводим еще несколько типичных примеров.

1. Больной Ш., 24 лет, обратился в амбулаторию с жалобой на то, что в течение последнего года страдает приступами тошноты и рвоты, начинающимися всякий раз, когда он едет в вагоне трамвая или же в автобусе, в связи с чем он не может пользоваться этими видами транспорта. Более того, сам вид трамвайного или автобусного вагона, шум их движения, а в последнее время даже одна мысль о них уже вызывают рвоту. По этой причине должен был уехать в деревню, где прожил 2 месяца. Но и там при мысли об автобусе или трамвае иногда возникала та же рвотная реакция. Вместе с тем резко понизилась работоспособность, пропал аппетит, больной сильно похудел.

В анамнестической беседе выяснилось, что заболевание возникло год назад, когда в железнодорожном вагоне, в котором больной ехал из Крыма, находился пассажир, страдавший частыми приступами рвоты, продолжавшимися в течение нескольких часов. Это ночью мешало нашему больному спать и произвело на него крайне тягостное впечатление.

С этого времени у него и возник описанный выше патологический вегетативный (рвотный) условный рефлекс на вид вагонов, в том числе автобуса и трамвая.

Разъяснительная психотерапия эффекта не дала. Было проведено 4 сеанса внушения в дремотном состоянии, причем с первого же сеанса отмечено улучшение. Больному внушалось забвение пережитого им случая и спокойное, безразличное отношение к любым видам транспорта. После проведенного курса психотерапии он заявил, что «совершенно здоров», спокойно ездит в автобусе и трамвае, не испытывая прежних неприятных ощущений, причем восстановился аппетит, вернулась работоспособность, прибавил в весе. Демонстрировался на лекциях студентам. Наблюдался нами в течение года, рецидивов не было (наблюдение Р. Я. Шлифер).

Таким образом, в данном случае в основе заболевания (моносимптомная невротическая реакция) лежал изолированный корковый больной пункт, образовавшийся по условнорефлекторному механизму и закрепившийся вследствие сильной отрицательной индукции из подкорки (рвотный центр) на ослабленную кору мозга, тонус которой был снижен сонным торможением.

2. Больной Н., 25 лет, обратился с жалобой на то, что с некоторого времени начал страдать сильным потением рук, возникавшим каждый раз, когда он должен был здороваться с малознакомыми людьми. Особенно сильно это проявлялось при каждой встрече с одной молодой женщиной.

Указанные явления начались 2 месяца назад, с того дня, когда эта женщина, здороваясь с ним, заметила ему, что у него потная ладонь. Это настолько его травмировало, что с тех пор при каждой встрече с ней у него тотчас же обе ладони обильно увлажнялись потом. В дальнейшем это стало происходить и при

встречах с другими людьми. Двумя сеансами психотерапии, проведенными в дремотном состоянии, патологический условный рефлекс был устранен (наблюдение автора).

Напомним, что это своеобразное состояние, выражающееся в «навязчивом потении рук», в свое время было описано В. М. Бехтеревым (1906).

Патологическая условнорефлекторная связь может возникнуть также и на фактор времени. Приводим примеры.

3. Больной К., 35 лет, страдает ночными приступами двигательного возбуждения, сопровождающимися неистовым криком: «Помогите!», возникающими ежедневно в 1 час ночи, с последующей амнезией, что продолжается 17 лет. Если же он засыпает после часа ночи, приступ не возникает. Больной физически здоров, интеллектуально полноценен, инициативен, уравновешен, бодр.

Выяснено, что 17 лет назад, в 1 час ночи в его комнате произошел пожар. Спасая свое имущество, он получил ожоги и с криком «Помогите!» метался по комнате. С тех пор возникают указанные ночные приступы. Во время войны и пребывания на фронте этих приступов не было, но после возвращения домой они возобновились.

Путем гипносуггестивной психотерапии с воспроизведением во внушенном сне пережитой 17 лет назад травмировавшей его психику ситуации ночные приступы были устранены (наблюдение М. Д. Танцюры, 1958).

Аналогичную патологическую условнорефлекторную реакцию на фактор времени мы наблюдали у больного Ш., директора школы, у которого она возникла в день пожара в его школе, когда он пережил чрезвычайно сильное волнение, что сопровождалось сильной болезненной

слизистой диареей. После этого такая диарея стала возникать у него ежемесячно в те числа месяца, когда произошел пожар (наблюдение автора).

В приводимом ниже наблюдении патологическая условнорефлекторная связь на фактор времени возникла на основе отравления угарным газом.

4. Больная Г., 28 лет, ночью угорела и пролежала в больнице 3 дня. С тех пор каждую ночь в 4 часа утра (в тот самый час, когда угорела) появляется весь синдром отравления угарным газом: больная просыпается с головной болью, тошнотой, за которой следует рвота. При этом с утра самочувствие хорошее, весь день работоспособна. Приступы не прекратились и тогда, когда она ночевала в другой квартире. Отдохнула от них лишь во время 3-недельного пребывания брата, приехавшего погостить. В летние месяцы, когда печь не топили, приступов не было, но как только начинали топить печь, приступы возобновились, возникая даже при открытой на всю ночь печной трубе. Приступы появлялись и в случаях нарочитого прекращения топки печи. Фармакологическое лечение оказалось безрезультатным.

Применена психотерапия. Больная оказалось хорошо гипнабильной. Проведено 3 сеанса гипносуггестивной терапии. Внушено: «Вы здоровы, ночные головные боли больше не возникают, вы всю ночь спите спокойно!» После устранения всего синдрома больная оставалась под наблюдением в течение 6 месяцев. Рецидивов ночных головных болей не отмечено (наблюдение автора).

Итак, в основе всех приведенных выше наблюдений лежит корковый больной пункт, образовавшийся по условнорефлекторнаму механизму и изолированный отрицательной индукцией из подкорки от других районов коры мозга, в силу чего он оказался закрепившимся на длительное время. Устранение его потребовало патогенетически направленного психотерапевтического вмешательства.

В заключение отметим необходимость отличать невротические состояния, возникающие по механизму патологического условного рефлекса, от навязчивых неврозов, являющихся следствием возникновения в коре мозга очага патологической застойности раздражительного процесса.

Дело в том, что хотя в основе заболевания в обоих случаях лежит изолированный корковый больной пункт, возникает и проявляется он в том и другом случае совершенно различно.

Если больной пункт образовался в силу стойко зафиксировавшегося очага концентрированного раздражения, длительно сохраняющегося вследствие изолирующей его зоны отрицательной индукции (чем и обусловлена связанная с ним патологическая инертность раздражительного процесса), то он проявляется непрерывно и повседневно, давая на приходящие к нему любые адекватные раздражения одну и ту же свойственную ему патологическую реакцию. Таким образом, больной пункт коры мозга- это пункт с хронически нарушенной деятельностью, вследствие чего оказывается в большей или меньшей степени нарушенной и вся высшая нервная деятельность в целом.

При возникновении такого больного пункта механизм болезненного состояния состоит, по словам И. П. Павлова, «именно в нарушении равновесия между противоположными процессами: слабнет значительно и преимущественно то один, то другой процесс». В силу этого «...прикосновение к этим пунктам адекватными раздражителями ведет к быстрому и резкому падению общей условнорефлекторяой деятельности».

Если же инертный больной пункт образовался по механизму патологического условного рефлекса (в силу закрепившейся услоенорефлекторной связи между индифферентным раздражителем и той или иной физиологической или патологической реакцией организма), то он проявляется только по условиорефлекторному механизму, а именно – лишь при воздействии данного условного раздражителя, сделавшегося патогенным (в частности, по условному рефлексу на время).

Поэтому мы полагаем, что для диагностики и терапии невротических заболеваний важно разграничивать механизмы образования больного пункта в этих случаях.

Эндокринная перестройка организма.

Мы уже рассматривали (стр. 185) вопрос о влиянии словесного внушения на функциональные сдвиги высшей нервной деятельности, обусловленные различными эндокринными перестройками физиологического порядка. Мы отмечали, что нарушения высшей нервной деятельности легко могут возникать именно в условиях той или иной происходящей в организме эндокринной перестройки,

обычно у ряда лиц влекущей за собой снижение тонуса коры мозга. Напомним исследования по этому вопросу на животных Д. С. Фурсикова (1922), М. С. Розенталя (1922) и И. Р. Пророкова (1941), а на людях в последнее время А. Т. Пшоника и Р. А. Фельбербаума (1957).

Нам часто приходится наблюдать возникающие на этой почве невротические заболевания, развивающиеся чаще всего в острой форме. Приведем несколько наблюдений.

1. Больная К., 38 лет, обратилась с жалобами на навязчивые мысли и страхи, на несвойственную ей повышенную раздражительность, плохой сон, боязнь сойти с ума, а в связи с этим волнение за полноценность своей психики. До того считала себя уравновешенной, здравомыслящей, волевой, выносливой, трудоспособной. Болеет несколько месяцев, трудоспособность снижена.

Путем анамнестической беседы выяснено, что состояние навязчивости началось, когда она хлопотала о своей знакомой, заболевшей психически (консультации с врачами, устройство в психиатрическую больницу и т. д.). Но больная не склонна видеть в этом причину своего состояния, так как относилась к заболеванию знакомой относительно спокойно, «по-деловому», и душевное состояние заболевшей не производило на нее какого-либо сильного впечатления. Однако при более углубленном расспросе выяснилось обстоятельство, позволившее, как нам кажется, правильно подойти к генезу ее навязчивости (что подтвердилось успехом последующей психотерапии). Установлено, что заботы о знакомой совпали с днями менструации у больной, а кроме того, были связаны с усталостью и недосыпанием. Совокупность этих факторов не могла не вызвать снижения тонуса коры мозга, на которую, как дальше выяснилось, воздействовали слова близких и знакомых, предупреждавших ее, что «от постоянного общения с душевнобольными она сама может психически заболеть». Все это говорило в пользу образования навязчивого страха по физиологическому механизму внушения.

Больной был разъяснен физиологический механизм образования ее навязчивых мыслей и необоснованность тревоги за состояние своей психики, что ее совершенно успокоило. Навязчивые мысли и страх сойти с ума удалось устранить 3 сеансами психотерапии, проведенными в дремотном состоянии. Больная уехала вполне успокоившейся. Дальнейшая ее судьба нам неизвестна (наблюдение автора).

2. Больная Ч., 44 лет, обратилась с жалобой на то, что в течение 6 лет у нее во время каждой менструации возникает внезапное ослабление общего мышечного тонуса всей скелетной мускулатуры (катаплексия), что длится в течение нескольких часов и затем бесследно проходит.

Как удалось выяснить, эти приступы катаплексии возникли у нее 6 лет назад под влиянием тяжелой психической травмы служебного характера, перенесенной ею во время менструации. В силу этого образовался и прочно зафиксировался эндокринно-вегетативяый условный рефлекс в форме приступа катаплексии на эндокринный статус, отвечающий периоду менструации.

Была применена гипносуггестивная психотерапия с внушением полного прекращения этих катаплексических приступов, что привело к выздоровлению. Положительный катамнез был прослежен на протяжении одного года (наблюдение М. Д. Танцюры, 1958).

Если в приведенных примерах патогенез связан с днями менструации, то описанное ниже наблюдение свидетельствует об отрицательном влиянии на высшую нервную деятельность, оказываемом при определенных условиях состоянием беременности.

3. Больная Н., 41 года, обратилась с жалобой на навязчиво преследующую ее боязнь всяких разговоров о кражах, так как при этом у нее тотчас же является мысль, что «виновницей данной кражи является она». При всяком упоминании о краже больная бледнеет, теряется, начинает дрожать, ощущает звон в ушах. Боится читать газеты из опасения, что встретит там заметку о краже. Перестала бывать в обществе во избежание случайных разговоров о воровстве. Во власти этой фобии находится 8 лет.

Выяснилось, что в 33-летнем возрасте, на VI месяце беременности, она гостила у своей свекрови. В доме случилась пропажа денег. Когда начались поиски, деньги были обнаружены в ее рукодельной работе, куда были подброшены похитившей их девочкой, страдающей клептоманией,– племянницей свекрови. В связи с этим больная перенесла много тягостных переживаний, после чего и развилась указанная фобия. Рациональная психотерапия не дала успеха, так как разговор о причине заболевания еще более волновал больную. Шесть сеансов психотерапии во внушенной дремоте устранили фобию.

Следующее наблюдение является более сложным по своей клинической картине, но результаты лечения были столь же эффективными.

4. Больная Р., 44 лет, приведена к нам в тяжелом депрессивно-тревожном состоянии, с бредоподобными ипохондрическими мыслями и страхом «неизбежной смерти». Держась за запястье левой руки, со слезами на глазах заявляет, что «сердце остановилось, пульса не слышно, пришел конец!» и т. п. Совершенно неконтактна, на обращение к ней не реагирует, твердит одно и то же: «Мне плохо, ведь сердца нет, оно остановилось!» и т. п. Находится в двигательном возбуждении, уверяет, что у нее «опухли кишки», что они «тверды как камень!» Разъяснения и убеждения безрезультатны.

По словам ее сестры, дома она все время находится в таком же состоянии возбуждения и тревоги. Постоянно плачет, страдает бессонницей, упорно отказывается от еды, так как пища ей противна: «Если буду есть, будет хуже!» Общения с людьми не избегает, так как «одной оставаться страшно», в обществе же говорит исключительно о своей болезни. При этом, не стесняясь, обнажает свой живот и просит его пощупать, чтобы убедиться в наличии опухоли. Своим поведением измучила своих близких, из дома никуда не выходит, считая себя слабой настолько, что по дороге «ей будет плохо и упадет в обморок». В больницу ехать не хотела, боясь умереть вне дома. Менструации прекратились 3 месяца навад, а в предыду-

щие месяцы были скудными и нерегулярными. Наблюдались явления вегетативной дистонии, угнетенное состояние, общая слабость, расстройство сна, быстрая утомляемость во время работы, приступы сердцебиения, бывали жалобы на боли в молочных железах, прощупывалось их уплотнение. Все это ее тревожило и волновало, но все же она могла продолжать свою работу.

Такое ипохондрическое, бредоподобное состояние стало развиваться 1,5 месяца назад: во время работы почувствовала неприятное ощущение в животе, что ее очень встревожило. Начав ощупывать живот, ощутила биение аорты и, решив, что это опухоль, сильно испугалась. После этого дня постоянно находится в угнетенно-тревожном состоянии, ночи проводит без сна на работе плачет. Укрепилась мысль об опухоли в животе. Направлена в психиатрическую клинику, но предварительно была приведена к нам.

Для успокоения больной применено мотивированное внушение во внушенном сне. Больная быстро уснула; 1-й сеанс вызвал общее успокоение. Последующие 7 сеансов привели к прогрессирующему улучшению. Через 2 недели после лечения больная вышла на работу. В дальнейшем отмечались лишь обычные явления климактерической вегетативной дистонии и черты тревожно-мнительного характера, не мешавшие ей продолжать работу. Последние сведения о ней имелись через 5 лет после выздоровления: здорова, энергична, весела, очень общительна, трудолюбива и трудоспособна, любит свое дело, но несколько мнительна (наблюдение автора).

Мы полагаем, что положительный эффект психотерапии указывает на психогенную природу реактивно возникшего ипохондрического психотического состояния, развившегося по физиологическому механизму самовнушения у больной, по-видимому, принадлежащей к сильному варианту слабого общего типа нервной системы, сниженному в периоде эндокринной перестройки (климакс).

Нам кажется, что приведенные примеры могут служить иллюстрацией повышенной функциональной ранимости высшей нервной деятельности у некоторых лиц во время происходящей в их организме эндокринно-вегетативной перестройки физиологического характера.

Повышенная внушаемость и самовнушаемость.

Как мы уже говорили выше (стр. 32), согласно учению И. П. Павлова, внушаемость основана на легком переходе корковых клеток в тормозное состояние, а основной механизм внушаемости составляет разорванность нормальной, более или менее объединенной работы всей коры.

Приведем некоторые примеры, свидетельствующие о том, что повышенная внушаемость и самовнушаемость могут особенно благоприятствовать развитию невротического заболевания.

Прежде всего остановимся на одном сложном по своему характеру наблюдении, описанном нашей сотрудницей З. А. Копиль-Левиной (1941).

1. Больная Р., 23 лет, обратилась в психотерапевтическое отделение диспансера с жалобой на полную двустороннюю слепоту. Потеря зрения произошла

внезапно, 8 дней назад, при следующих обстоятельствах. В снежную ветреную погоду больная, открывая наружную дверь, почувствовала вдруг, как что-то плеснуло ей в глаза и на верхнюю часть лица. «Как будто кто-то плеснул мне чем-то теплым. У меня сразу потемнело в глазах, и я упала»,—говорила больная. Сознания при этом она не потеряла. Ее тотчас подняли и ввели в комнату. По дороге, жалуясь на ощущение жжения в глазах, она несколько раз повторила: «Мне выпекли глаза». Тут же была обнаружена потеря зрения на оба глаза.

Подобного рода заболеваниями больная никогда раньше не страдала. По заключению офтальмолога, глазное дно нормально. При исследовании обнаружено полное отсутствие зрения, больная не различает также и света. Зрачки равномерно расширены, реакции на свет отсутствуют (влияние атропина), анестезия и анальгезия в области век. Лицо больной выражает отчаяние.

Внезапность потери зрения и слова больной «мне выпекли глаза» заставили предположить наличие психической травмы. В беседе с больной выяснилось следующее. В пятнадцатилетнем возрасте по настоянию мачехи и вопреки своему желанию она вышла замуж. Через 3 года муж оставил ее. Разрыв с мужем больная восприняла как раскрепощение. Через 2 месяца снова вышла замуж лишь с целью «уйти от мачехи». Через год второй муж умер. Прожив в тяжелом одиночестве около 3 лет, она вышла замуж в третий раз, но через 7 месяцев разошлась с мужем «из-за свекрови». После этого вышла замуж в четвертый раз и впервые «за любимого человека». Но еще за 2 года до того стала получать письма от оставившего ее первого мужа, который настойчиво предлагал ей жить вместе. Перед последним замужеством больной он явился к ней на квартиру вместе с ее мачехой, требуя возвратиться к нему. Получив отказ, он пригрозил ей: «Не дала ты мне жизни, не дам и я тебе жить. Знай, с ним жить ты не будешь!» Эта угроза вывела больную из равновесия. Она стала бояться за себя и за мужа. Иногда она стала задумываться о возможных формах мести со стороны первого мужа.

Итак, в данном случае больная в течение нескольких лет перенесла ряд тяжелых переживаний семейного характера. На фоне уже имевшихся жизненных переживаний и неудач угрозы первого мужа создали тревожное эмоциональное состояние, державшее больную в напряженном ожидании неприятности. На этой почве в момент, когда ветром в ее глаза внезапно были брошены комья мокрого снега, у нее под влиянием самовнушения возник двусторонний психогенный амовроз.

Применена психотерапия. После успокоения больной и вселения надежды на полное выздоровление в беседе с ней был разъяснен функциональный характер ее заболевания. Однако к категорическому утверждению врача, что она может и будет видеть, больная отнеслась крайне скептически. При следующем ее посещении эта беседа была проведена вновь, причем вместе с больной был проделан анализ всех ее переживаний и опасений и вновь разъяснен чисто функциональный характер расстройства ее зрения. Но больная не успокоилась. Вследствие этого была применена гипносуггестивная психотерапия. Во внушенном сне были повторены те же разъяснения и успокоения (по Бехтереву– Левенфельду) и сделаны категорические заверения в исчезновении слепоты.

По пробуждении больная с напряжением широко открыла глаза и заявила., что ничего не видит, но осе же «перед глазами появился густой серый туман». Врачом-психотерапевтом это было расценено как начало сдвига в положительную сторону. Больная вторично была приведена в состояние внушенного сна и ей снова таким же императивно-утвердительным тоном было сделано то же мотивированное и профилактическое внушение. На этот раз больная проснулась с полным восстановлением зрения. Положительный катамнез в течение 8 месяцев (наблюдение 3. А. Копиль-Левиной).

В данном случае механизм возникновения двустороннего амовроза можно объяснить следующим образом. Когда Р. открыла наружную дверь и ей внезапно запорошило мокрым снегом глаза и лоб, это вызвало ее испуг и падение на пол с мыслью, что ей брызнули в глаза кислотой. Все это, ка.к и ощущение жжения в глазах и последующее развитие двустороннего амовроза, возникло по физиологическому механизму самовнушения, так как этому предшествовало длительное тревожное ожидание, что бывший ее муж приведет свою угрозу в исполнение. В силу этото кора ее мозга была в состоянии сниженного тонуса и в некоторой заторможенности, что в свою очередь вело к обострению внушаемости. В этих условиях внезапный физический раздражитель – брошенные ветром в глаза комья мокрого снега–вызвали испуг и индукционно возникшее острое возбуждение подкорки.

Вследствие этого зона зрительного анализатора явилась очагом концентрированного раздражения, вызванного одновременно эмоцией и ассоциацией (представление об ослеплении). Сильной отрицательной индукцией из подкорки этот очаг раздражения был изолирован от остальных районов коры, т. е. образовался в «больной пункт», что и привело к стойкому и длительному функциональному выключению всего зрительного анализатора.

Вместе с тем столь же внезапно возникшее локальное раздражение кожи лица в области глаз в этих условиях также явилось сверхсильным для воспринявших его корковых клеток. Это привело последние в состояние запредельного торможения и обусловило местное функциональное выпадение кожной чувствительности.

В основе же всего этого лежал физиологический механизм прямого самовнушения, получившего чрезвычайно сильное подкрепление в момент внезапного локального физического воздействия.

Целью психотерапии в данном случае было устранение коркового изолированного «больного пункта» и восстановление таким путем нормального функционирования зрительного анализатора. Это было осуществлено путем разъяснений и внушений, проведенных в бодрственном состоянии и во внушенном сне.

Перейдем теперь к рассмотрению случаев, когда повышенная внушаемость может приводить к повышенной функциональной лабильности кожной трофики. Это находит подтверждение в следующих наших наблюдениях, как и наблюдениях других авторов.

2. Медицинская сестра С, 20 лет, считающая себя соматически здоровой во всех отношениях, по свидетельству врачей в течение некоторого времени отличалась «крайне повышенной лабильностью кожной трофики», а также значительной внушаемостью, что проявлялось у нее в форме различных, легко возникавших психогенным путем тканевых реакций. Так, однажды, когда одна из больных стационара при обходе пожаловалась на сыпь, появившуюся на предплечье, у С. через несколько часов на том же месте предплечья появилась сыпь аналогичного характера (в виде urticaria). Такие явления при аналогичных условиях возникали у нее неоднократно. В данном случае имелось повышенное самовнушение, осуществлявшееся через зрительный анализатор и связанное с нарушениями тканевой трофики, развившимися по физиологическому механизму имитационного рефлекса.

Как было выяснено, за несколько месяцев до этого она перенесла весьма сильную психическую травму (незаслуженный выговор по службе, перевод на другую работу и вследствие этого вынужденный разрыв с любимым ею человеком, от которого она была беременна).

По-видимому, психическая травма, нанесенная во время беременности, привела к резкому падению тонуса коры мозга, способствующему развитию крайне обострившейся внушаемости, а также к значительному повышению лабильности тканевой трофики, что и выразилось в легком возникновении кожного вегетативного имитационного рефлекса.

3. Больная Р., 42 лет, поступила с жалобами на бессонницу и глубокие переживания, связанные с потерей мужа, болезнь и смерть которого она тяжело перенесла. До этого была вполне здорова, отличалась бесстрашием и сильной волей и, по-видимому, принадлежала, к сильному и уравновешенному типу нервной системы. Больная сообщила, что вскоре после смерти мужа у нее произошел следующий необычный случай кожной болевой реакции: на производстве она была свидетельницей того, как одному из рабочих был нанесен тяжелой чугунной деталью сильный ушиб правой руки в области лучезапястного сустава. При этом она увидела кровь, разволновалась. А через несколько минут почувствовала сильную боль в том же месте своей правой руки, продолжавшуюся в течение нескольких часов.

По-видимому, ее центральная нервная система была ослаблена тяжелыми переживаниями, связанными с потерей мужа, вследствие чего возникло состояние крайне обострившейся внушаемости и самовнушаемости. Это обстоятельство и благоприятствовало образованию под влиянием нового сильного переживания той весьма редко встречающейся реакции, какой явилось возникновение у нее сенсорного имитационного рефлекса. Можно думать, что по механизму самовнушения образовался сенсорный (болевой) условный рефлекс.

В литературе описаны аналогичные случаи. Так, В. А. Манассеин (1877) приводит следующее наблюдение.

Мать видела, как тяжелая рама упала на ручку ее ребенка и оторвала три пальца. Все это настолько поразило ее, что она продолжала неподвижно сидеть и смотреть на ребенка. Это продолжалось до тех пор, пока явившийся врач не сделал перевязку ран у ребенка и не обратился к ней. К удивлению всех присутствовавших,

у матери оказались воспаленными и опухшими те три пальца, которые у ребенка были оторваны ударом рамы, хотя до этого ее пальцы были совершенно здоровы.

В данном случае крайне сильная эмоциональная реакция, вызванная внезапным воздействием, происшедшим через зрительный анализатор в условиях обостренной самовнушаемости и значительной тканевой лабильности, реализовалась в виде тканевого (трофического) имитационного рефлекса.

4. У больной М., 37 лет, признаки крайне обостренной самовнушаемости проявлялись в следующем. При обходе профессор сообщил ей, что у нее зондом будут брать желудочный сок. После этого у больной тотчас же наступил сильный приступ рвоты. В дальнейшем она узнала, что у предыдущей больной, лежавшей на ее койке, была чесотка. В тот же день у нее возникла боязнь, что и у нее может быть то же самое, в результате чего появились волдыри и сыпь между пальцами рук. После соответствующего разъяснения и убеждения, сделанного лечащим врачом, сыпь к вечеру того же дня исчезла. Больная рассказывала, что когда в Ессентуках она принимала ванну и у нее возникло сомнение в чистоте ванны, то на всем теле тотчас же появилась сыпь. Эта сыпь сохранялась в течение 10 дней, а затем исчезла.

5. Больной К, 25 лет. Однажды при осмотре на выставке медицинских препаратов экспонатов муляжей кожных опухолей и высыпаний при венерических заболеваниях у него возникла мысль, что он «тоже может быть заражен!» Часа через 3-4 после этого у него стала распухать рука в том же самом месте, как на муляже. В тревоге он направился к врачу, но не застал его. Во время поисков другого врача мысль о заражении ослабела. Вернувшись домой, он лег отдыхать, а после пробуждения убедился в том, что опухоль исчезла.

Нужно сказать, что в таких случаях в реализации самовнушенного эффекта существенную роль играют вызвавшие его напряженные эмоциональные переживания (испуг, смущение, тревога, брезгливость и т. п.), причем по механизму самовнушения могут возникать не только местные вегетативные расстройства, но даже сложные вегетативно-эндокринные перестройки, как это имеет место, например, в случае самовнушенной беременности со всеми объективными и субъективными ее признаками (стр. 48).

В заключение приводим наблюдение, когда на основе повышенной внушаемости также возник навязчивый невроз, на этот раз в форме сложного кинестезического синдрома, образовавшегося на основе оживления следовых реакций прошлого жизненного опыта.

6. Больная К., 20 лет, обратилась с жалобами на непреодолимое стремление воспроизводить звуки собачьего лая, а также на постоянное чувство тревоги, замирания сердца, боязнь оставаться одной в комнате (так как ее «лаяние» три этом усиливается), вестибулярные явления при езде в трамвае, плохой сон и запоры. Заболела месяц назад, после того как была крайне напугана укусившей ее собакой. Находясь в состоянии этого переживания, остро травмировавшего ее психику, вспомнила о слышанных ею когда-то словах: «Укушенные собакой сами начинают лаять!» Вслед за этим и развилось неудержимое постоянное «лаяние», что вынудило ее отказаться от всякого общения с людьми. Лечебные мероприятия (фармакотерапия, ванны, электротерапия) безрезультатны, так же как и разъяснения и убеждения авторитетных врачей.

Однако дело здесь, конечно, было не в этом: острая отрицательная эмоция, обусловленная лаем и укусом собаки, привела к длительной астенизации коры мозга, а отсюда и к резкому усилению самовнушаемости. При этом на основе самовнушения в речедвигателвном анализаторе возник очаг концентрированного раздражения, получивший в силу отрицательной индукции из подкорки форму изолированного коркового больного пункта. Это и послужило причиной неодолимо возникающих двигательных имитационных реакций, воспроизводящих звуки собачьего лая.

Несколькими сеансами внушения во внушенном сне указанный синдром навязчивого невроза был радикально устранен: исчез навязчивый «лай», восстановились преморбидная жизнерадостность, нормальный ночной сон, исчезли вестибулярные явления, замирания сердца, запоры. Уехала здоровой. Безрецидивный катамнез был прослежен в течение 25 лет (наблюдение автора).

Из всего оказанного мы видим, что как повышенная внушаемость, так и явления самовнушения при пониженном тонусе коры мозга легко могут получить значение фактора, крайне облегчающего возникновение и развитие навязчивого невроза. Поэтому при анализе этиологии и патогенеза последнего их также следует учитывать.

Значение вторичной второсигнальной переработки.

Как известно, очень многие раздражения, падающие на кору мозга человека в период его бодрствования, не получают сразу отражения в тех или иных актах высшей нервной деятельности и сохраняются в виде следов. Однако некоторые из этих бесчисленных неотреагированных следов прошлых раздражений, особенно если они эмоционально окрашены, т. е. связаны с зарядкой из подкорки, при благоприятных условиях, например в переходном фазовом состоящий коры мозга, как бы внезапно оживляясь, начинают оказывать воздействие на корковую динамику.

Все это происходит вследствие того, что ослабляется тормозящее действие коры головного мозга на подкорковые центры. Тотчас же эмоционально окрашенные подкорковые следовые реакции начинают превалировать. Напомним, что, по учению И. П. Павлова, подкорка является источником энергии для всей высшей нервной деятельности, а кора мозга играет роль регулятора подкорки.

Вместе с тем во время оживления следов пережитого между самими следовыми процессами у человека может происходить замыкание новых временных связей, обычно относящихся к сфере второсигнальной деятельности. Таким образом, создаются условия для образования новых корковых динамических структур, нередко прочно фиксирующихся и вследствие этого приобретающих способность влиять на весь дальнейший ход высшей нервной деятельности.

Как известно, вторичная второсигнальная переработка играет в высшей нервной деятельности человека весьма важную роль. В частности, она лежит в основе осмысливания им всего пережитого или воспринятого. Иногда же могут создаваться такие условия корковой динамики, при которых вторичная второсигнальная переработка может вести к образованию патологических динамических структур, т. е. может приобретать определенную патогенетическую значимость. По тому же физиологическому механизму второсигнальной переработки нередко происходит развитие явлений самовнушения. Возникающие в этих условиях временные связи обычно находятся в отрыве от реальной действительности и поэтому неадекватно влияют на корковую динамику.

Приводим несколько относящихся сюда наблюдений.

1. Больной М., 28 лет, сообщил, что месяц назад у него рентгеноскопически было обнаружено патологическое изменение верхушки правого легкого «в виде очаговой тени величиной со сливу». Отнесся к этому спокойно, был весел и здоров, как всегда, так как о затемнении верхушки легкого знал еще 2 года назад. Но через неделю после этого при засыпании у него внезапно возникла мысль: «Если процесс идет дальше, то скоро начнется гниение!» Он в испуге проснулся, но вскоре заснул снова. Однако с тех пор эта мысль приняла навязчивый характер: больной ощущает «сливу», тревожен, угнетен. Если до этого дня был спокоен в отношении своего здоровья и не думал о пораженной верхушке легкого, то теперь совершенно потерял покой.

Проведен сеанс разъяснительной психотерапии, во время которого больному доказывалась полная неосновательность его тревоги, причем на ряде примеров показано развитие у тревожно-мнительных людей подобного рода навязчивых мыслей и даже состояний. Явившись повторно через месяц, сообщил, что после этой беседы его навязчивая мысль «побледнела и утратила свой неодолимый характер», он от нее освободился.

2. Больной К, 37 лет, обратился с жалобой на навязчивый страх умереть от паралича сердца, возникший у него 5 месяцев назад при следующих обстоятельствах. Однажды, (уже приготовившись ко сну и лежа в постели, он прочел сообщение о внезапной смерти от паралича сердца артиста Щукина. Он лично знал Щукина, и это известие произвело на него очень сильное впечатление. Однако он заснул и спал, как всегда, спокойно. Но утром он еще не успел очнуться, как возникла острая мысль: «И я умру так же внезапно, как Щукин!»

С тех пор эта мысль приняла навязчивый характер, причем навязчивость была настолько сильна, что лишила его покоя и стала мешать работать. Боясь за свое сердце, о котором раньше никогда не думал, так как был совершенно здоров, пошел в больницу. При рентгенологическом исследовании никаких изменений не было найдено. Но диагноз «невроз сердца» его еще больше встревожил. Другой врач диагностировал «миокардит». Прочитав статью о миокардите в Большой советской энциклопедии, решил, что у него «быстро протекающий миокардит». На наше успокоительное разъяснение ответил: «Понимаю абсурдность навязчивости, но не могу себя побороть!» После 2 сеансов внушения во внушенной дремоте эта навязчивость была устранена (наблюдение автора).

Приводим еще одно наблюдение, в котором невротизация коры мозга по физиологическому механизму вторичной второсигнальной переработки следов прошлого возникла лишь спустя 14 лет. Она выразилась в форме сложного, прочно зафиксировавшегося невротического синдрома, в то время как само реально пережитое в свое время невротического срыва не вызвало.

3. Больная В., 35 лет, обратилась с многочисленными жалобами: на приступы сердцебиения, возникающие при каждом легком испуге или волнении, боли в области сердца, повторяющиеся приступами но несколько раз в день, частые отрыжки воздухом, ощущение давления, которое начинается в подложечной области и доходит до горла, боязнь оставаться одной в комнате (днем и ночью), невозможность ходить по улицам на далекие расстояния из за страха внезапной смерти «от паралича сердца или от разрыва сердца», тревогу за состояние различных органов, особенно кишечника, каждое действие которого вызывает у нее тревогу. Иногда же сама мысль о кишечнике приводит к расстройству его деятельности. Вместе с тем она жаловалась на субфебрильную температуру и ощущение, что ее «бросает то в жар, то в холод!», на беспокойный ночной сон, плохой аппетит, постоянное угнетенное настроение («нет бодрости души и тела»), на пониженный интерес к окружающему, вследствие чего запустила домашнее хозяйство, на повышенную раздражительность, что особенно отражается на ее 5-летнем ребенке. Кроме того, не выносит музыки, торжественных процессий, работу телевизора: все это вызывает у нее волнение, сердцебиение, плаксивость, не переносит всякого рода ожидания: раздражает необходимость ждать. Отмечает также свою нетрудоспособность (не может работать по хозяйству), сделалась очень мнительной, чего раньше не было. Так продолжается в течение года. Раньше была бодра, вынослива, подвижна, работоспособна, всем интересовалась, любила музыку, кино, танцы. Наследственность без отягощений.

Возникновение заболевания связывает с посещением родных мест, в которых не была в течение 14 лет и откуда уехала в18-летнем возрасте, после окончания Великой Отечественной войны. Ее приезд на родину, где гестаповцы расстреляли брата и где после войны умерли ее отец и мать, а сама она была под угрозой расстрела как комсомолка и член семьи партизана,– вызвал в памяти тяжелые военные и послевоенные переживания. Под влиянием воспоминаний и развилась вся перечисленная симптоматика: приступы сердцебиения, боли, общая дрожь, диспноэ, страх внезапной смерти, боязнь оставаться одной, раздражительность, потеря аппетита. Больная сделалась мнительной, неработоспособной, потеряла интерес к жизни, началось исхудание.

Лечение в поликлинике и в больнице (в течение2 месяцев), где получала витамин B, глюкозу с аскорбиновой кислотой, хлористый кальций, бром внутривенно и пенициллин, оказалось безрезультатным. Попытки врачей убедить ее в том, что ее заболевание не опасно для жизни, так как все ее органы здоровы, электрокардиограмма нормальна, давали успокоение лишь на короткий срок. «Никакие

убеждения о здоровом состоянии моего сердца на меня не действовали», – говорила больная.

На прием она явилась в сопровождении своей знакомой, которая избавилась от аналогичного заболевания лишь путем психотерапии. Оказалась гиннабильной. Проведена психотерапия путем мотивированных внушений в бодрственном состоянии и в длительном внушенном сне-отдыхе. Внушалось забвение всего пережитого на родине 14 лет назад как потерявшего в настоящее время всякое жизненное значение. После 4-то сеанса, проведенного по указанному методу, пришла на прием без провожатой и с этого дня стала ходить по улицам самостоятельно. Дано задание: впредь тренировать себя в самостоятельном хождении по улицам на все большие расстояния.

Проведено 10 сеансов гипносуггестивной психотерапии и 6 сеансов исключительно в форме внушенного сна-отдыха (для закрепления результатов психотерапии). Уехала совершенно здоровой, с решением приступить к работе, прерванной заболеванием. Положительный катамнез был прослежен на протяжении 2 месяцев (наблюдение автора).

Интерес этого наблюдения прежде всего в том, что тяжелый невротический синдром развился не непосредственно после психотравмировавшихся событий, а лишь 14 лет спустя. Непосредственная причина – приезд в ту местность, где в прошлом много было пережито, но что, однако, в свое время невротического срыва не вызвало.

Предрасполагающим моментом могло явиться снижение тонуса коры мозга, вызванное ночным испугом, пережитым больной за 2 недели до отъезда на родину, когда в ее квартиру лезли воры. Это и привело к возникновению ночных страхов. Другим фактором, ослабившим кору мозга, могли быть тяжелые роды и три аборта, перенесенные ею за последние 5 лет и предшествовавшие развитию заболевания.

Аналогичное наблюдение возникновения невротического заболевания лишь спустя много лет после перенесенной психической травмы приведено нами на стр. 446. Напомним в связи с этим утверждение В. А. Гиляровского (1946), что при определенных условиях новые сильные аффективные переживания могут придавать отдельным прошлым представлениям признак навязчивости, в то время как в прошлом в связи с ними каких-либо явлений навязчивости не отмечалось.

В заключение необходимо подчеркнуть, что в данном случае безрезультатность всего предшествующего поликлинического и длительного стационарного лечения была обусловлена тем, что психогения, лежавшая в основе невротического синдрома, врачами не учитывалась. Вследствие этого сложная медикаментозная терапия не могла иметь успеха.

Нередко приходится наблюдать случаи, когда возникновение навязчивости также связано с вторичной психической переработкой, но берет начало от содержания сновидения, оставившего после себя глубокий след. Как известно, содержание сновидений представляет собой плод «небывалой комбинации бывалых переживаний» (И. М. Сеченов). По И. П. Павлову, сновидение является результатом «оживления первых сигналов с их образностью, конкретностью, а также эмоций,

когда только что начинающимся гипнотическим состоянием выключается прежде всего орган системы вторых сигналов как реактивнейшая часть головного мозга, работающая преимущественно в бодром состоянии и регулирующая и вместе с тем тормозящая до известной степени как первые сигналы, так и эмоциональную деятельность». Таким образом, содержание виденного сновидения само по себе, конечно, обратного воздействия на процессы высшей нервной деятельности оказывать не может.

Однако после пробуждения в случае снижения аналитической деятельности коры содержание виденного необычного и яркого сновидения, входя во временную связь со следами прежних раздражений, может стать источником самовнушения и таким путем получить определенную патогенетическую значимость.

Приводим несколько наблюдений.

1. Больной З., 37 лет, поступил с жалобами на непреодолимый страх смерти, навязчивую мысль сойти с ума и головные боли. Считает себя больным в течение 1,5 лет, с того дня, когда однажды ночью увидел очень яркое и поразившее его сновидение: к нему подошла одетая в белое женщина и торжественно произнесла: «Я смерть, я ухожу, но через 2 часа вернусь!» Проснувшись, больной тотчас же разбудил жену и рассказал ей содержание сновидения. Жена взволновалась, зажгла свет, посмотрела на часы и, ожидая пока пройдут эти 2 часа, не тушила света. Через 2 часа больной на 1–2 секунды потерял сознание, у него похолодели руки и ноги и он решил, что виденое им сновидение «имеет роковой характер». С того дня сновидения больного стали кошмарными. По этому поводу кто-то многозначительно сказал ему: «Если через 3 дня сновидение не сбудется, то через год сбудется обязательно!» В тревожном, угнетенном состоянии больной стал ожидать смерти через год. Это лишило его спокойствия как днем, так и ночью. Он считал себя обреченным, неизличимо больным. Обращался за советами к врачам поликлиник, наслушался разных разговоров о возможных «раковых заболеваниях», хотя никаких признаков болезни у него не находили. Стал крайне мнителен, чего до этого никогда за собой не замечал; наоборот, был всегда уверен в себе, уравновешен, крепок и работоспособен. На фронте был танкистом, спиртными напитками не злоупотреблял, наследственность без отягощений.

Проведено 6 сеансов мотивированных внушений во внушенном сне, что полностью устранило весь патологический синдром. Больной успокоился, стал по-прежнему уверенным в себе. Находился под наблюдением в течение года. Рецидивов не было (наблюдение А. А. Соседкиной).

В этом случае содержание сновидения, конечно, также было продуктом «небывалой комбинации бывалых переживаний». Но, истолковывая значение данного события, больной пошел по ложному пути. В силу этого возникла психическая травма, которая привела к развитию в коре мозга больного пункта, образовавшегося по механизму внушения и самовнушения. Диагноз: навязчивый невроз.

Отсюда следует, что невротические заболевания могут возникать также и на почве суеверий. Об этом же говорит следующее наблюдение.

2. Больная Р., 63 лет, поступила в клинику неврозов в мае 1951 г. с жалобами на преследующую ее навязчивую мысль и навязчивое представление образа женщины, одетой в синее платье, которая зловещим голосом произносит одну и ту же фразу: «Ты умрешь от разрыва сердца!» Это сильно пугает больную, у нее появляется ощущение толчка в сердце, затем чувство сжатия головы. Такие навязчивые мысли и представления в высшей степени неприятны больной, она стала непродуктивно работать, перестала справляться с домашним хозяйством, появились мысли о самоубийстве. Пытается отвлечь себя от этих мыслей, относясь к ним критически, тем не менее самостоятельно избавиться от них не может. Незначительное, кратковременное облегчение испытывает только после сна.

Считает себя больной в течение последних 4 лет. Заболевание связывает со сновидением, в котором видела женщину, одетую в синее платье, сказавшую ей внушительным голосом: «Ты умрешь от разрыва сердца!» Проснулась утром с резкими, колющими болями в области сердца, страхами, тревогой и навязчивой картиной только что виденного сновидения. В тяжелом состоянии была помещена в клинику неврозов, где находилась в течение месяца (сентябрь 1948 г.). После психотерапевтического лечения выписана в хорошем состоянии. Чувствовала себя удовлетворительно до марта 1951 г., хотя неуверенность оставалась и навязчивые мысли и представления о виденном ею сновидении бывали. В марте 1951 г. внезапно умер ее зять. В течение недели он казался ей живым. А затем с большой яркостью вновь всплыли те навязчивые мысли, которые беспокоили ее в 1948 г.

При анализе механизма образования сновидения удалось выявить следующее: 25 лет назад больная была у одной «знаменитой» гадалки, которая, посмотрев на карты, сказала ей: «Ты умрешь от разрыва сердца! У тебя сердце, как паутинка: раз, и тебя нет!» Больная сказала гадалке, что у нее сердце здоровое и нет оснований опасаться. На этот последняя ей ответила очень веско: «Если сейчас здоровое, то будет больным, так как я никогда в своих пророчествах не ошибаюсь!»

Выйдя от гадалки, больная впервые почувствовала ощущение сжатия в области сердца, общую слабость и беспокойство. С трудом добралась домой и с того времени в течение месяца плохо спала ночью, постоянно думая о смерти. По ее словам, тогда же обратилась к врачу-психиатру, который путем сеансов психотерапии в легком дремотном состоянии облегчил ее страдания. Следует отметить, что больная считает себя чрезвычайно мнительной: «Ко мне липнет все, как к воску, – говорит она о себе. Из-за этой роковой встречи с гадалкой я прожила, как в тумане, 25 лет!»

В первые дни пребывания в клинике у больной отмечалось отсутствие аппетита, сон был расстроен, настроение резко подавленное. После 6 сеансов внушения во внушенном сне появился аппетит, нормальный сон, больная стала значительно спокойнее, исчезли тревога и беспокойство. Навязчивые представления возникали значительно реже и были менее ярко выражены. К концу пребывания в клинике включилась в трудовые процессы, выписана с улучшением. В дальнейшем находилась под наблюдением в течение полутора лет. Рецидивов не было (наблюдение А. А. Соседкиной). В данном случае гадалкой была нанесена психическая травма, зафиксировавшаяся в форме больного пункта, стойко сохранявшегося в течение 25 лет и устраненного лишь путем сеансов психотерапии, проведенных во внушенном сне.

3. Больная Д., 41 года, обратилась с жалобами на плохое самочувствие, головные боли и непреодолимый навязчивый страх: «Как бы мать не повесилась!» Возникновение своего заболевания связывает со сновидением, в котором она видела свою мать повесившейся; при этом уже во сне у больной возникла судорожная реакция. Содержание сновидения было провоцировано словами, брошенными однажды матерью в пылу раздражения: «Вот возьму и повешусь!»

Следует отметить, что в тот момент слова матери никакого впечатления на нее не произвели, поскольку в действительности у матери суицидальных тенденций не имелось. Однако спустя некоторое время у больной возникло указанное сновидение, содержание которого, как мы видим, явилось продуктом фиксации слов матери (деятельность второй сигнальной системы) и конкретного зрительного образа, возникшего в сновидении (первая сигнальная система). Это в свою очередь, путем вторичной фиксации, привело к развитию невроза навязчивости. Проведено 2 сеанса разъяснительной психотерапии в бодрственном состоянии, с обстоятельным разбором хода событий и разъяснением полной несостоятельности навязчивой идеи. Это успокоило больную и освободило ее от навязчивости (наблюдение автора).

О патогенетическом значении сновидений см. также примечание 8 (стр. 538).

Итак, мы видим, что процесс вторичной второсигнальной переработки может приводить к возникновению и закреплению патологической связи между двумя очагами концентрированного (доминирующего в данных условиях) раздражения. Один из них является продуктом недавно происшедшего, свежего и притом достаточно мощного эмоционального возбуждения (т. е. с иррадиацией из подкорки), а другой – ассоциативно связанным с ним продуктом оживления следовой реакции прошлого жизненного опыта. Оба они путем вторичной второсигнальной переработки объединяются в один новый динамический комплекс, приобретающий действенную силу. Такая сложная корковая временная связь как бы приобретает характер косвенного внушения: при последнем пункт концентрированного раздражения также лежит не только в сфере деятельности второй сигнальной системы, но распространяется и на первую сигнальную систему, чем создается сложный очаг возбуждения.

Пути анализа развития невроза.

Уже из клинического материала, приведенного в предшествующих главах, видно, что прежде, чем приступить к лечению неврозов, мы всегда предварительно проводим более или менее обстоятельную анамнестическую беседу. Мы всегда знакомимся, хотя бы в самых общих чертах, с высшей нервной деятельностью больного. Собирание анамнеза и соматическое обследование больного имеют целью определение природы заболевания (функциональное оно или же органическое) и детальное выяснение причин и условий его возникновения. И только после выяснения всех условий развития данного невротического заболевания мы

прибегаем к тому или иному приему психотерапии.

Иногда вначале не удается выяснить конкретные условия психогенеза, однако, как показала практика, это не является препятствием к применению психотерапии, хотя бы и симптоматической, значительно облегчающей состояние больного и проведение подробного анамнеза.

Нужно иметь в виду, что больной не всегда помнит о действительном факторе, травмировавшем его психику в прошлом. Если он иногда и помнит причины заболевания, то часто неверно их толкует. Однако следы забытых раздражений при известных условиях могут быть воспроизведены вновь путем последовательного опроса самого больного, его близких и других свидетелей развития болезни. Кроме того, мы в некоторых случаях пользуемся автобиографией больного с подробным письменным изложением всех обстоятельств, связанных с событиями его жизни, которые могли травмировать психику.

Определенной категории больных следует объяснить предрасполагающие условия и механизмы заболевания. В таких случаях больные легче вспоминают имевшую место в ближайшем или отдаленном прошлом патогенетическую ситуацию.

Подробный анализ конкретных причинных факторов и патофизиологических механизмов заболевания является необходимым условием для эффективности последующей психотерапии. Таким образом, расширенный и углубленный анамнез является наиболее существенной частью врачебного психотерапевтического подхода к больному. Этим не только предопределяется содержание психотерапии, но устанавливается положительное отношение, полное доверие к врачу, и необходимая в этих условиях откровенность больного в беседе с врачом.

Следует сказать, что большинство больных начинает свои жалобы с описания общих условий возникновения заболевания. Обычно больной излагает события не в последовательности их развития, а в виде общего несвязного перечня различных обстоятельств. Чаще всего делаются попытки начать с изложения причин заболевания. Поэтому мы оказываем больному помощь, предлагая излагать ход событий последовательно, по календарному плану, по возможности указывая даты и ту роль, какие эти события играли в его жизни.

Опрос больного мы стараемся вести в следующих основных направлениях:

1) жалобы больного, его переживания, его самочувствие, иначе говоря, знакомимся с «внутренней картиной болезни»;

2) время возникновения и длительность заболевания;

3) условия развития заболевания, в частности, характер травмировавших психику факторов, их конкретное содержание, отношение к ним больного;

4) проведенное ранее лечение и его результаты;

5) преморбидное состояние больного.

ГЛАВА XIX

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ

...Кроме прирожденной почвы, неизбежны случаи нестойкой, ломкой нервной системы, порожденные несчастными событиями в жизни: травматическими повреждениями, инфекцией, интоксикацией и сильнейшими жизненными потрясениями.

И. П. Павлов

Переходим к рассмотрению наиболее характерных разновидностей невротических заболеваний, составляющих центральное ядро клиники неврозов. Ограничимся более или менее детальным разбором лишь некоторых из приводимых примеров, представляющих, как мы думаем, наибольший интерес, в частности в отношении эффективности проведенной психотерапии.

Навязчивый невроз.

Наиболее обширную группу невротических заболеваний составляет навязчивый невроз, выражающийся в виде различных навязчивых состояний, влечений или движений. Сюда входят навязчивые идеи (обсессии) и представления, неодолимые влечения или действия (поступки), психогенные тики, неодолимые страхи (фобии) и пр.

При навязчивом неврозе, в противоположность психастении на первом плане стоят именно локальные нарушения в виде инертности возбудительного или тормозного процесса в одном определенном корковом пункте (изолированный больной пункт). На это в свое время обратил внимание А. Г. Иванов-Смоленский (1949 и 1952).

Приступая к рассмотрению вопроса о психотерапии этого рода заболеваний, необходимо прежде всего отметить существующее ошибочное представление о том, что навязчивые мысли или представления, навязчивые страхи и пр. свидетельствуют о наличии психастении. В силу этого они якобы не поддаются излечению, а психотерапия здесь ничего дать не может. Позволяем себе, основываясь на

наших наблюдениях, внести в этот вопрос некоторую ясность.

Прежде всего мы должны подчеркнуть, что указания на неизлечимость невроза навязчивости являются вполне справедливыми лишь в отношении «чистой» ипохондрии (Н. Н. Зотина) или навязчивости при процессуальных психозах. В данном же случае речь идет именно о неврозах, т. е. психогенных функциональных нарушениях высшей нервной деятельности, проявляющихся в виде тех или иных навязчивых состояний. В основе их, как известно, лежит изолированный корковый больной пункт в виде прочно зафиксировавшейся патологической динамической структуры.

Отметим, что развитие навязчивого невроза может быть обусловлено сниженным положительным тонусом коры мозга и наличием чрезмерного по силе или же беспрестанно повторяющегося раздражения одних и тех же корковых клеток, приводящего к развитию в них патологической застойности раздражительного процесса. Это влечет за собой, как говорит И. П. Павлов, «чрезмерно, незаконно устойчивые представления, чувства и затем действия, не отвечающие правильным, общеприродным и специально-социальным отношениям человека», а отсюда и приводит его «в трудные, тяжелые, вредоносные столкновения как с природой, так и с другими людьми, а прежде всего, конечно, с самим собой».

Как известно, физиологические механизмы развития навязчивого-невроза были в свое время выявлены И. И. Филаретовым (лаборатория И. П. Павлова), а также М. К. Петровой (1946) в экспериментах на собаках. Последняя отметила, что пока нервная система находится в равновесии, эти явления не обнаруживаются: они проявляются лишь под влиянием тех или иных истощающих моментов, когда «резко ослабевает более лабильный, более слабый по сравнению с раздражительным тормозной процесс». С усилением же ослабленного тормозного процесса, с полным восстановлением нервного равновесия эти явления исчезают.

Отметим, что указанные выше модельные опыты на животных с полной очевидностью свидетельствуют, что психастения, о наличии которой у животных речи быть не может, совсем не обязательна для развития навязчивости. Это тем более существенно также потому, что И. П. Павлов, говоря о патологической инертности, лежащей в основе навязчивости, отмечает, что «едва ли в этом отношении можно что возразить против законности переноса заключения от животного к человеку».

Навязчивые состояния могут развиваться у людей с различными типами нервной системы (слабыми и сильными), если только их нервная система чем либо ослаблена. Поэтому при постановке диагноза всегда необходимо четко дифференцировать, имеется ли психастения как таковая, или развивающийся процессуальный психоз, или же чисто реактивный навязчивый невроз, возникший в результате пережитой психической травмы. Последний И. П. Павловым выделен как самостоятельное заболевание. У лиц мыслительного типа навязчивый невроз дает психастеническую симптоматику, в то время как у лиц художественного типа он обычно отличается выраженной истерической симптоматикой.

Чаще всего навязчивые состояния развиваются по физиологическому механизму внушения или самовнушения. Они могут возникать при различных общих

неврозах, на что указывают В. М. Бехтерев, Ю. К. Белицкий (1906), С. Н. Давиденков (1948, 1952), Л. Б. Гаккель (1956), Е. К. Яковлева (1958).

Приводим примеры, освещающие картину навязчивого невроза в различных ее клинических проявлениях, так же как и результаты психотерапии.

1. Больной С, 51 года, электромонтер, обратился с жалобой на непреодолимую боязнь глубины, возникшую у него 16 лет назад после непривычной для него быстрой езды на автомобиле по Крымскому высокогорному шоссе, во время которой он несколько часов находился в состоянии «крайнего эмоционального напряжения», испытывая сильный страх, что машина «свалится с огромной высоты вниз». Этот страх глубины зафиксировался, стал стойким, приобрел инертный характер, сохраняясь в течение многих лет и мешал в работе. С этого времени не может спокойно подниматься по лестнице выше второго этажа, особенно если окна на лестничных площадках открыты, причем особенно опасается вида лестничных пролетов, так как «какая-то неодолимая сила тянет броситься вниз!» Вследствие этого «постоянно испытывает плохое настроение и самочувствие». В течение последних 2 лет все описанные явления несколько ухудшились; причину этого установить не удалось.

Речевая терапия в бодрственном состоянии успеха не имела. Проведено 2 сеанса в дремотном состоянии, после чего 5 сеансов во внушенном сне. Таким путем все явления фобии глубины были полностью устранены. Оставался под наблюдением 2 года. Катамнез положительный, рецидивов не было (наблюдение Н. М. Зеленского).

В данном случае (как и во многих аналогичных) фобия глубины возникла и упрочилась в условиях перенапряжения тормозного процесса. Все это вполне отвечает данным М. К. Петровой, согласно которым характер фобии глубины, развившейся у подопытных собак, «имел свое основание в предшествовавших нервных травмах».

Как отмечает И. П. Павлов, в основе развития фобии глубины лежит то, что «можно назвать истязанием тормозного процесса».

Невротические заболевания человека, обусловленные «трудной встречей», приводящей к возникновению патологической инертности тормозного процесса, встречаются в форме непреодолимых фобий различного содержания – боязни простуды, загрязнения (мизофобия), боязни заразиться, сойти с ума и т. д. Приводим примеры.

2. Больная 3., 42 лет, обратилась с жалобами на крайне угнетенное состояние и неодолимое влечение к самоубийству путем повешения, вследствие чего у нее возникла навязчивая боязнь крючков, веревок, полотенец и т. п. Борьба с этим влечением бывает столь сильной, что иногда заканчивается обморочным состоянием. За несколько дней до возникновения описанного влечения слышала (во время своей работы) рассказ одной сотрудницы о недавно повесившейся женщине, причем сотрудница была свидетельницей случившегося и все это весьма ярко передавала. Больная отнеслась к рассказанному спокойно, но дня через три

проснулась на расвете в состоянии «какой-то внутренней тревоги». Не вполне очнувшись от сна, встала и, сделав один шаг, увидела лежащее на стуле полотенце. Тотчас же у нее явилась мысль: «Сделать петлю и повеситься!» Сильно испугалась, и с этого дня ее не покидала мысль повеситься.

Ввиду того что остро зафиксировавшаяся суицидальная навязчивая идея, по-видимому, возникшая по механизму вторичной переработки, упорно продолжала держаться в течение нескольких дней, был поднят вопрос о помещении больной в психиатрическую клинику. Но больная и муж ее ответили решительным отказом. В связи с этим, предупредив мужа о необходимости домашнего надзора за больной, мы применили в амбулатории диспансера психотерапию во внушенном сне с последующим внушенным сном-отдыхом. Больная оказалась хорошо гипнабильной, и после 2 таких сеансов навязчивое суицидальное влечение было полностью устранено, сменившись обычным спокойным состоянием. Через 1,5 месяца, сохраняя по прежнему спокойствие и уверенность в себе, больная демонстрировалась на республиканском совещании психиатров (наблюдение А. А. Соседкиной).

3. Больная Д., 34 лет, обратилась с жалобой на навязчивую боязнь загрязнения (мизофобия): руки моет бесчисленное число раз в день, так как малейшее прикосновение к вещам тотчас же вызывает «ощущение загрязнения» и непреодолимое стремление вымыть руки. Наряду с этим предъявила жалобы на угнетенное состояние, апатию, понижение жизненных интересов и чрезмерную раздражительность, которую вызывает у нее общение не только с ее близкими, для которых она «стала невыносимой», но и с сослуживцами.

Боязнь загрязнения доходит до того, что приготовление пищи не доверяет даже своей матери. Пищу варит обычно долго, вплоть до полного разваривания мяса. Перед тем как пользоваться уборной, совершает длительный санитарно-гигиенический ритуал: предварительно кто-либо из ее близких должен вымыть не только унитаз, но и стены, пол, ручку двери и т. д. Уборной пользуется с мучительной для нее предосторожностью, тревогой, раздражением и потребностью мыть руки, чистить платье и т. п. Больная не может пить воду в каком-либо «грязном», по ее мнению, помещении (где сложено грязное белье, из крана, находящегося близко от уборной, и т. п.). Подготовка к еде также сопровождается длительным санитарно-гигиеническим ритуалом. Кроме того, у нее с детства часто бывает рвота, возникающия независимо от приема пищи, например от неприятных запахов, от вида загрязненных мест. Все это (боязнь прикосновений, загрязнения и заражения, навязчивое мытье рук, рвота, подавленное состояние) сделало ее невыносимой для самой себя и для окружающих, причем за последние 4 года болезненное состояние резко обострилось, по-видимому, вследствие ряда вновь перенесенных тяжелых переживаний. Хождение по улицам для нее является мучительным, так как она все время должна быть настороже, чтобы ее взор или обоняние не подверглись нежелательным раздражениям, чтобы взор не упал на мусорный ящик и т. п.

Наследственность не отягощена; родилась здоровой, нервной себя не считала, была работоспособной, в семейной жизни счастлива; в происхождении этих явлений навязчивости не отдает себе отчета. Путем подробного расспроса удалось

установить, что рвота у нее началась с 8-летнего возраста, с того момента, когда она, по ее словам, «увидела кусок кала в тарелке борща», сваренного матерью. Ее стошнило, и она упала в бессознательном состоянии.

До этого случая девочка была очень брезгливой к еде из-за нечистоплотности матери, что резко контрастировало с чистотой в доме ее подруги. После случая с борщом у нее стала появляться тошнота и рвота по механизму временной связи, т. е. возник патологический условный рвотный рефлекс. Постепенно развившееся состояние навязчивого страха загрязнения резко истощало ее нервную систему и обусловливало тяжелое нервно-психическое состояние. Лечилась в поликлиниках, в неврологическом кабинете Украинского психоневрологического института, где ставился диагноз психастении. Однако это лечение оставалось безрезультатным. Наконец, с течением времени она потеряла всякую способность бороться «со своей нелепой брезгливостью», что и заставило ее обратиться в психотерапевтическое отделение института.

Больной разъяснена связь ее заболевания с условиями жизни, как и механизм происхождения рвоты и других симптомов ее заболевания. Однако эти разъяснения ее не успокоили. Поэтому в следующие ее посещения было применено мотивированное внушение в дремотном состоянии. Первые 2 сеанса не дали заметных результатов, но после 3-го сеанса она почувствовала резкое улучшение. После 11-го сеанса психотерапии весь описанный синдром исчез, она возвратилась к нормальной жизни и стала бодрой и веселой. В течение последующих 5 лет чувствовала себя совершенно здоровой. Через 5 лет после излечения демонстрировалась на конференциях врачей диспансера и психотерапевтического отделения института. При этом заявила, что «о своей бывшей болезни вспомнила лишь накануне конференции, когда к ней явился врач с просьбой прийти в диспансер на заседание». По полученным сведениям, за 12 лет рецидивов не было (наблюдение автора).

У данной больной имел место навязчивый невроз, выражающийся в виде боязни загрязниться (мизофобия), что приводило к навязчивым актам поведения. С помощью нескольких сеансов внушения в дремотном состоянии такое состояние было полностью устранено, после чего поведение больной полностью нормализовалось. В данном случае были вскрыты конкретные причины и условия развития невроза, правильность чего подтверждалась успехом психотерапии.

Приведем наблюдение, интересное в том отношении, что оно освещает условия развития того патологического явления из серии навязчивых влечений, которое в психиатрии известно под названием клептомании. Оно выражается в неодолимом влечении к похищению тех или иных предметов, причем без какого-либо стремления утилизировать в свою пользу похищенное. Как известно, для этой формы патологической навязчивости специфично стремление не столько к обладанию предметом, сколько к совершению самого акта похищения. Наши наблюдения и литературные данные свидетельствуют, что в этих случаях обычно имеет место несоответствие между ценностью похищаемого предмета и материальной обеспеченностью похитителя.

В прошлом этот вид навязчивости, как и все виды навязчивого невроза, в психиатрии причислялся к «дегенеративным» явлениям с неясным генезом; предска-

зание было неблагоприятным, лечебные меры отсутствовали.

Известны из литературы, а также наблюдались нами случаи самоубийства интеллигентных и обеспеченных лиц из-за безуспешности их борьбы с этой навязчивостью, идущей вразрез с их этическими представлениями. Приведем один из них с целью подчеркнуть несостоятельность прежних представлений психиатров, воспитанных на ложных вейсманистско-морганистских концепциях.

4. Больной А., 11 лет, доставлен в 1930 г. в диспансер управляющим домом, услышавшим крики мальчика, когда его била мать: «Не бей меня за воровство! Я не хочу воровать, но не могу не воровать!» Соседями установлено, что его воровство было бесцельным: похищенные вещи он оставлял в сарае. В беседе с ним было выяснено, что воровать он начал с 6 лет под влиянием уличных товарищей, с которыми постоянно общался, причем по их наущению (иногда под угрозами избиения) тайком от матери выносил из дома инструменты своего умершего отца. Сначала делал это с тяжелым чувством, под влиянием страха быть избитым товарищами, потом втянулся. В дальнейшем влечение приняло форму клептомании. Наряду с этим отмечались лень к школьным занятиям, лживость, грубость, сквернословие. Педагогические воздействия безрезультатны.

После предварительной беседы врача с мальчиком проведено 8 сеансов внушений во внушенном сне. В результате больной исправился во всех отношениях, а в школе (по заявлению учительницы) по поведению стал одним из лучших учеников. Симптомы клептомании полностью устранены и не возобновлялись. В течение 4 лет находился под наблюдением. Катамнез оставался положительным (наблюдение автора).

Все это несколько освещает также и физиологический механизм развития «клептомании взрослых», в свое время считавшейся «дегенеративной», а потому и неизлечимой формой заболевания.

Как известно, навязчивые функциональные расстройства высшей нервной деятельности могут быть связаны с профессией. Мы уже приводили выше относящиеся сюда наблюдения писчего спазма у бухгалтера, навязчивого страха порезать пациента у парикмахера, навязчивого страха срыва лекции у доцента (стр. 86, 87 и 140). Такого рода навязчивости приходится наблюдать у музыкантов, у артистов и вообще у лиц, деятельность которых выражается в форме ответственных публичных выступлений перед большой аудиторией.

Невротические заболевания этого рода встречаются и у учащихся (музыкальных техникумов, консерваторий) и даже у профессионалов с большим артистическим стажем. При этом симптомы невротического состояния проявляются у них именно при публичных концертных или сценических выступлениях, мешая правильности и четкости исполнения.

У некоторых из них невротическое состояние принимает такой характер, что они оказываются вынужденными воздерживаться от публичных выступлений а если это невозможно, то и совершенно отказаться от своей профессии.

К сожалению, многим из них неизвестно, что невротическое состояние излечимо и что это может быть достигнуто путем психотерапии. Так, если бы

В. М. Бехтерев случайно не узнал, что один крупный отечественный пианист и композитор с мировым именем страдал таким неврозом и не избавил бы его от такого состояния, то этот пианист был бы вынужден оставить свою профессию еще в молодые годы.

Подобные невротические заболевания (так называемые «рамповые неврозы») проявляются в различных формах: в виде боязни ответственных мест в оперной арии или же в виде неодолимого волнения при выступлении, ослабляющего звучность голоса у певца, выпадения из памяти отдельных реплик (слов и фраз) во время исполнения. При этом волнение мешает быстроте и уверенности движений пальцев рук музыканта (пианиста, скрипача) или вызывает судорожное сведение их, чего не наблюдается при игре или пении в других условиях.

Причины таких неврозов весьма разнообразны. Так, однократно случившаяся при ответственном выступлении неудача без серьезного к тому поводу может повлечь за собой повторение того же в последующих выступлениях. К такой неудаче может вести возникшее накануне выступления то или иное болезненное состояние. Этому может способствовать длительное невротическое состояние, связанное с чисто бытовыми, семейными или производственными неполадками, что может вести к перенапряжению основных корковых процессов, которые, в силу профессиональных особенностей больного, требуют значительной напряженности. Наконец, выступление пианистки или певицы во время беременности, менструации, во время климакса, обусловливающих у некоторых ослабление тонуса коры мозга, представляет благоприятную почву для образования невротической реакции, могущей в дальнейшем прочно зафиксироваться, и т. п.

Для иллюстрации приведем некоторые наши наблюдения.

1. Больная К., 28 лет, обратилась с жалобой на то, что, выступая в течение последних 3 лет в опере «Риголетто» в роли Джильды, испытывает чувство непреодолимой боязни предельно высокой ноты в арии со свечой (во втором акте), причем за все остальное исполнение она совершенно спокойна. Перед этим актом ею начинает овладевать страх, что она может сорваться на ответственной ноте. Арию она исполняет «в состоянии большого волнения», особенно усиливающегося при приближении к «трудному месту», причем появляются спазмы в горле. И эту ноту певица «смазывает», т. е. маскирует свой дефект различными приемами. В последнее время начинает испытывать волнение из-за этой арии уже за несколько дней до выступления. До этого всегда исполняла ее уверенно, спокойно и вполне совершенно, вплоть до терминальной ноты.

В первой же беседе выяснилось, что 3 года назад, в день, когда ей нужно было петь арию Джильды, у ее больной туберкулезом матери впервые было кровохарканье. Пришлось петь партию во взволнованном состоянии, причем ария была для нее особенно ответственной, и она к ней относилась строго и серьезно. В связи с ее необычным волнением и тревогой за состояние матери она особенно заострила внимание на терминальной ноте, и уже с начала исполнения этой арии у нее возникла тревога за хорошее исполнение высокой ноты. Нота была взята, но не так, как обычно. Больная была уверена, что в этом ответственном месте арии

она «оскандалилась», что на нее произвело крайне отрицательное впечатление. По-видимому, она пела при сниженном тонусе коры мозга. С этого дня у нее появилась, неуверенность в себе в отношении этой ноты, причем с каждым новым исполнением арии Джильды волнение стало прогрессировать. Все это вынудило больную совершенно отказаться от роли в опере «Риголетто», которая была, по общему признанию, лучшей в ее репертуаре. Ее выступления в других операх по-прежнему происходили совершенно спокойно. Проведено 4 сеанса мотивированного словесного внушения в дремотном состоянии, давшие положительный результат: навязчивый страх, развившийся по условнорефлекторному механизму, был устранен и, как показало последующее 8-летнее наблюдение, больше не возвращался (наблюдение автора).

2. Больной Н., 30 лет, артист оперы, обратился в октябре 1935 г. с жалобой на нездоровое волнение, «возникающее во время исполнения одной ответственной партии». Все остальные партии его репертуара всегда проходят хорошо, поет спокойно. Волнение возникло лишь в последнюю неделю; до этого указанная партия проводилась им при полном самообладании. Отмечает, что прежде перед спектаклем у него всегда бывало нормальное волнение, в то время как теперь перед выходом в первом действии это волнение резко усиливается, причем «возникает сердцебиение, тревожное состояние, нарушается правильное равномерное дыхание, происходит прилив крови к голове и даже наблюдается головная боль». Петь начинает в нервном состоянии, с навязчивой мыслью, что «не дотянет партию до конца». И бывало, что срывался во втором и последнем акте, так как «пел не свободно, а с напряжением». После спектакля у него возникает чувство физической и моральной разбитости, причем, когда он, возвращаясь со спектакля, идет по улице, ему «кажется, что все на него смотрят», хотя никого вокруг нет. «Так прошли, к моему ужасу, уже два спектакля! – говорит больной.– Боюсь и за следующие!»

Причина была в следующем. Однажды ему пришлось петь эту партию, будучи нездоровым, чтобы не сорвать спектакля (так как заболел артист, певший эту партию). Дирекция предложила ему вести спектакль, но он отказывался в связи со своим плохим самочувствием. Однако его все же убедили петь. После этого конфликта с дирекцией он ушел домой в раздраженном состоянии, вследствие чего перед спектаклем ему не удалось поспать, что его всегда освежало и подкрепляло. На спектакль пошел в том же раздраженном состоянии. Первый и второй акт прошли благополучно, но к началу третьего акта почувствовал упадок сил. Перед спектаклем заметил, что голос начал «садиться». В третьем акте голос срывался, что было заметно и публике. Со спектакля ушел в подавленном состоянии. Ночь спал хорошо. Следующее выступление было через 2 недели. В день спектакля уже с утра начал волноваться. Спектакль прошел также неудачно: во время спектакля волновался, не было уверенности уже во втором акте, в третьем – даже была выброшена одна ария, в четвертом акте голос несколько раз срывался.

В дальнейшем уже одна мысль об этой партии стала его волновать. Настроение подавленное, озабочен будущим: «Неужели так будет всегда? Что же, бросать сцену? Для чего же учился?!

Назначена психотерапия. После 1-го сеанса внушения в дремотном состоянии ушел в хорошем настроении, успокоенный. Пошел прямо на репетицию, заявив: «Чувствую себя великолепно». Пел хорошо, свободно, легко, без какого-либо напряжения. Исчезли тревожные мысли об опере, в которой должен был участвовать на следующий день. После следующих 2 сеансов внушения исчез весь невротический синдром, причем эту партию, как и другие, исполнял успешно. За 3 года наблюдения рецидивов не было (наблюдение автора).

В данном случае имелся ряд предпосылок к срыву голоса: физическое недомогание, конфликт с дирекцией, вынужденное выступление, нарастающее чувство беспокойства перед началом трудного акта, травмировавший его психику срыв голоса. Та же травма повторилась и на следующем спектакле. Все это вело к развитию невротического состояния. Психотерапией, проведенной при слабом гипноидном состоянии коры мозга, т. е. при том же снижении тонуса коры, при котором развился невроз, его удалось полностью устранить.

Больной С, 32 лет, скрипач, последние 1,5 года перестал выступать, так как по неизвестной для него причине при выходе на эстраду начал испытывать «неописуемое чувство страха и волнения», полную растерянность, замирание сердца. «Играл как-то автоматически, с дрожью в руке, не мог смотреть на публику», – говорил он. Все его упорные попытки сконцентрироваться кончались неудачей, и он вынужден был бросить эстраду. Из боязни быть привлеченным к публичным выступлениям в порядке общественной нагрузки, тщательно скрывал от всех свое умение играть. Живя в глуши, играл лишь у себя дома, в кругу близких, тщательно закрывая окна и двери, «дабы звуки скрипки не доносились до посторонних ушей». Однажды он был приглашен на концерт в местный рудничный рабочий район, где ему необходимо было выступить. Но неудача с последними шестью концертами заставила отказаться и от этого выступления. Невропатолог поликлиники предложил помочь ему внушением в гипнозе, на что он сначала не соглашался из-за боязни «ослабления воли», но после соответствующих увещеваний дал свое согласие.

Первые 2 сеанса прошли без сна и дремоты, было сделано лишь мотивированное и императивное внушение при закрытых глазах, что внесло некоторое успокоение. Но 3-й сеанс внушения прошел при ясно выраженной сонливости и дал резкое улучшение: появилось желание выступать на концерте, причем мысль о возможном выступлении уже не вызывала тревогу, волнения и обычных замираний сердца. Накануне дня выступления и перед самым концертом был спокоен и уверен в себе. Выступление прошло вполне благополучно: играл уверенно, спокойно, не смущаясь, с подъемом, захватив своей игрой слушателей. Снова стал играть по-прежнему и без страха выступать на эстраде (наблюдение И. В. Халфона).

4. Больная Б., 19 лет, пианистка, обратилась с жалобой на непреодолимый страх потерять ориентировку и внезапно остановиться, возникающий у нее перед каждым публичным выступлением. Мысль об этом постоянно мучает ее и вне игры на рояле. Учится на IV курсе музыкального училища, исполняет вещи Бет-

ховена, Шопена, Брамса, Листа. Испытывает непреодолимый страх срыва перед выступлением на государственном экзамене.

Впечатлительная, учится на «отлично», в прежние годы, когда была в музыкальной школе, никогда не волновалась. Волнения начались в училище, развились постепенно, без видимой причины. Вначале они не мешали ее выступлениям на экзаменах и концертах. Но в последнее время вследствие волнения стали происходить внезапные остановки во время ее игры, сначала в определенных местах пьесы, а в дальнейшем в различных местах и при любых условиях.

Назначена психотерапия. Проведено 4 сеанса мотивированных внушений во внушенном сне. Внушалось сохранение полной уверенности в своей игре во время публичных выступлений. Накануне государственного экзамена был проведен последний, 5-й сеанс внушения. На экзамене сыграла на «отлично», без навязчивого страха остановиться во время игры, с творческим эмоциональным подъемом.

Таким путем навязчивый страх остановки во время публичного исполнения был устранен. После этого успешно выступала на концертах и экзаменах. Положительный катамнез 2 года. Рецидивов не было (наблюдение автора).

Профессиональные невротические срывы встречаются также у спортсменов. В дни состязаний к основным показателям состояния их высшей нервной деятельности – силе, уравновешенности и подвижности – предъявляются чрезвычайно высокие требования. Эти невротические срывы также могут быть устранены путем психотерапии, о чем говорят следующие примеры.

1. Спортсмен И., 25 лет. Спортивный стаж 10 лет, основной вид спорта–бег на средние и дальние дистанции, разряд первый. Обратился к нам с жалобой на «падение интенсивности бега», возникающее вследствие «внезапно наступающей на второй половине дистанции (5000 м) сухости во рту и скованности во всем теле». Вследствие указанных явлений, возрастающих до большой степени, неоднократно был вынужден сходить с беговой дорожки.

Долгое время нам не удавалось выяснить причину указанного дефекта. Только опрос больного, проведенный в гипнотическом состоянии, показал, что подобный срыв впервые наступил после того, как он однажды, за день до очень ответственных соревнований, допустил серьезное нарушение в своем гигиеническом режиме. В течение всего этого дня он испытывал чувство сухости во рту, мешавшее ему правильно дышать, и волновался по поводу предстоящего соревнования. Отдохнув, он как будто освободился от этого ощущения и принял участие в соревнованиях. Однако, когда в разгар бега им было развито значительное спортивное напряжение, у него «вдруг оживились волновавшие его ощущения, появилась скованность движений и беспокоившая накануне сухость во рту». Вследствие этого дыхание резко ухудшилось, и он впервые сошел с дорожки. В последующих соревнованиях он постоянно боялся повторения этого случая, вследствие чего неоднократно сходил с дорожки.

Вскрытие этого комплекса в гипнотическом состоянии и устранение его путем соответствующего внушения избавило И. от этого недостатка, и он снова добился в соревнованиях хороших показателей (наблюдение М. Н. Бржезинской).

2. Спортсмен З., 25 лет, спортивный стаж 6 лет, разряд второй. Основной вид спорта – барьерный бег на 400 м и бег на 400 м.

Однажды в силу каких-то причин в барьерном беге на 400 м у него возникда неудача с преодолением барьера. При следующих соревнованиях он уже беспокоился по этому поводу и не перепрыгивал через барьер. С этих пор страх и неудача зафиксировались, он с тревогой ждал неудачи, и она действительно наступала.

После 4 сеансов внушения, проведенных в дремотном состоянии, полностью исчезло чувство страха в барьерном беге, исчезла скованность движения и появилась уверенность при прохождении барьеров. Это сказалось в том, что в последующих соревнованиях он не только достиг прежних, но и повысил свои результаты в барьерном беге на 400 м с 60 до 59,3 секунды (наблюдение М. Н. Бржезинской).

Попутно отметим, что весьма важной является возможность использования метода словесного внушения также в некоторых случаях спортивной перетренировки.

Приводим пример.

Спортсмен С., 25 лет, занимается спортом 7 лет (бег на дистанции 5, 10 и 30 км), имеет первый разряд. Входил в сборную легкоатлетическую команду Украины, которая готовилась к всесоюзным соревнованиям по легкой атлетике. Прислан к нам с жалобами на нежелание участвовать в соревнованиях, вялость, апатию, бессонницу, отсутствие аппетита. Кроме субъективных, имелись и объективные признаки перетренировки.

После 4 сеансов внушения, проведенных в гипноидном состоянии, сон нормализовался, улучшилось общее самочувствие, появился аппетит, большое желание тренироваться; на всесоюзных соревнованиях добился высоких результатов (наблюдение М. Н. Бржезинской).

Среди других разновидностей навязчивого невроза следует отметить различные навязчивые движения (тики, судороги), когда в основе их возникновения лежит психическая травма. По учению И. П. Павлова, все такого рода случаи «стереотипии скелетного движения» следует понимать как «выражение патологической инертности раздражительного процесса в корковых клетках, связанных с движением».

Представляет большой интерес вопрос о возможности рецидивов навязчивого невроза, в свое время устраненного словесным внушением. Наблюдая в течение многих лет больных после излечения навязчивого невроза, мы установили, что рецидив синдрома навязчивости может зависеть от определенных физиологических условий и отнюдь не является показателем неправильно проведенного лечения.

Так, нам пришлось убедиться, что рецидивы, появлявшиеся через несколько лет после излечения, возникали при снижении тонуса коры мозга. Вследствие этого следы ранее образовавшихся корковых патологических динамических структур положительно индуцировались. Вызвать это могло как перенесенное соматическое заболевание, инфекционное или интоксикационное, так и происходящая в

организме физиологическая эндокринно-вегетативная перестройка (главным образом у женщин – периоды беременности, лактации, менструаций, климакса), при которых кора мозга длительное время имела пониженный тонус. Такую же роль могла сыграть каждая новая психическая травма. Приведем пример.

1. Больной М., 54 лет, сангвиник, поступил в клинику неврозов в октябре 1935 г. с жалобами на головные боли, чувство неуверенности в себе, а главное боязнь острых и режущих предметов: на ночь прячет от себя все ножи и вилки. Это связано с навязчивым влечением «заколоть или зарезать свою семью – жену, дочь и сыновей, а затем что-либо сделать и с собой». Обнаруживая какой-либо острый предмет, старается повернуть его острием книзу, сложить раскрытый перочинный нож и т. д. Чтобы затормозить это навязчивое влечение, иногда наносит себе легкую травму острым предметом, и на некоторое время освобождается от своего патологического влечения. Не может оставаться на ночь дома вместе со своей семьей из опасения, что ночью он «их всех заколет». Вследствие этого живет в 40 км от семьи, посещая последнюю лишь по выходным дням, тщательно скрывая от членов семьи истинную причину этого образа жизни. Это навязчивое влечение продолжается в течение 17 лет, причем начало его относит к периоду гражданской войны (махновщина, петлюровщина), когда в течение целого года он жил в напряженнейшем страхе гибели семьи и себя самого от руки бандитов, поголовно избивавших всех евреев. Решил, что «лучше будет погибнуть не от их рук, а убить самому свою семью и покончить с собой». Для этого приготовил заостренные ножи и яд. В таком тревожном эмоциональном напряжении находился в течение l,5 лет, пока не установилась советская власть.

После лечения в 1932 г. в клинике неврозов Украинского психоневрологического института (физио- и психотерапия) наступило значительное улучшение, длившееся в течение 3 лет. Но в 1935 г. после сильной перегрузки в работе, приводившей к длительному нарушению нормального ночного отдыха и сна, указанное навязчивое влечение проявилось вновь. После гипносуггестивной психотерапии и физиотерапии навязчивые влечения совершенно исчезли и больной вновь стал подвижным и общительным. В течение 6 лет чувствовал себя настолько хорошо, что мог спокойно жить с семьей. Но в 1941 г. после гибели сына вновь возник рецидив. Больной вторично поступил в стационар, откуда выписался в хорошем состоянии и чувствовал себя хорошо. В 1945 г., когда узнал о смерти второго сына, вновь возникла вспышка прежнего навязчивого влечения, и в январе 1947 г. больной в третий раз поступил в то же отделение, откуда был выписан в хорошем состоянии, будучи уже 70-летним стариком. В 1952 г. подвергся психотерапии после некоторого нового проявления «боязни острых предметов», возникшего после перенесенного гриппа. Нужно сказать, что рецидивы прежней навязчивости иногда были настолько сильны, что больной вновь под разными предлогами переселялся куда-либо от семьи.

В 1953 г. после новых тяжелых переживаний (хроническая болезнь жены) прежняя навязчивость возобновилась, причем на этот раз уже стала устойчивой, не уступающей психотерапии, как и всем другим видам лечения. По-видимому, сказалось возрастное, т. е. уже необратимое, снижение коркового тонуса (наблюдение В. Ф. Халфона).

Итак, в данном случае у больного, по-видимому, относящегося к сильному варианту слабого общего типа нервной системы, вследствие длительного перенапряжения тормозного процесса возникло и прочно зафиксировалось навязчивое влечение. С помощью психотерапии и лечебных мероприятий, повышающих тонус коры мозга, данная патологическая динамическая структура была инактивирована. Однако под влиянием новых сверхсильных для больного отрицательных эмоциональных переживаний, а также гриппозного состояния, перегрузки в работе, связанной с недосыпанием и пр., возникали рецидивы этой навязчивости, устранявшиеся психотерапией. Наконец, на фоне возрастных инволюционных явлений развился новый рецидив той же навязчивости, ставший уже необратимым.

Приведем случаи рецидивов навязчивых мыслей, возникших в условиях климакса и иллюстрирующих значение эндокринно-вегетативной перестройки, приводившей к снижению тонуса коры мозга и оживлению вследствие этого угасшего состояния навязчивости.

2. Больная Г., 52 лет, обратилась с жалобой на сифилофобию. Ряд лет она жила в крестьянской семье, где, как она узнала впоследствии, имелись больные сифилисом. Появилась и упрочилась (по физиологическому механизму самовнушения) навязчивая мысль о неизбежном заражении. Начались постоянные, но ничего не дававшие исследования у сифилидологов. В течение 10 лет прожила в тревоге и во власти мучительных сомнений. Проведена психотерапия, после чего в течение последних 16 лет этих сомнений не было и самочувствие было хорошим. Однако затем вновь появились те же навязчивые мысли, что совпало с прекращением менструаций и началом климактерического периода. Таким образом, в основе возникшего рецидива лежало снижение тонуса коры мозга, вызванное возрастной вегетативно-эндокринной перестройкой (наблюдение автора).

3. Больная 3., 49 лет, обратилась с жалобами на навязчивые мысли о муже, которого она 25 лет назад покинула. В течение этого времени мыслей о нем не было, однако на фоне начавшегося климакса они появились. Неожиданно стали ярко всплывать все ее ошибки в отношении мужа, возникло состояние «тихой грусти», а затем навязчивое желание «увидеть его». Под влиянием этой навязчивости стала наводить справки о муже. Узнав, что муж когда-то жил в другом городе, ездила туда, писала много «розыскных» писем и т. д., вполне сознавая при этом нелепость и ненужность всего этого (наблюдение автора).

Описанное навязчивое состояние, очевидно, явилось результатом оживления следов пережитого в далеком прошлом, что произошло под влиянием климактерической эндокринно-вегетативной перестройки, сопровождающейся у некоторых лиц снижением положительного тонуса коры мозга, а в силу этого нарушением уравновешенности основных корковых процессов.

Аналогичные явления нам приходилось наблюдать в климактерическом периоде и у других больных. Вопрос об астенизации коры мозга во время беременно-

сти и климакса, предрасполагающей к развитию навязчивого невроза, подробно разбирается в одной из работ Н. П. Татаренко (1951).

Здесь уместно напомнить то толкование рецидивов навязчивого невроза, которое дает А. Левенфельд (1912). По его мнению, «лечение гипнозом не представляет собой радикального средства при этого рода заболевании, так как даже при благоприятном действии нельзя предотвратить возвратов болезни». Он считает, что предупредить рецидивы «может лишь один метод, который направлен против корней болезни, лежащих в «подсознательном», это – метод Фрейда». Как мы видели, приведенные выше наблюдения, как и все павловское учение о неврозах в целом, указывают на антинаучность этой точки зрения Левенфельда, покоящейся на порочных концепциях учения Фрейда.

Наши наблюдения говорят о возможности не только устранения рецидивов, но и предупреждения их соответствующими мероприятиями, поднимающими тонус коры головного мозга.

Сексуальный невроз.

Под сексуальным неврозом в широком его понимании мы подразумеваем разнообразные функциональные нарушения высшей нервной деятельности, связанные со сферой отношений, порождаемых половым инстинктом. Эти нарушения могут развиваться по различным физиологическим механизмам, по механизму навязчивости в случае неосуществимой или же обманутой любви, с одной стороны, и по механизму кортико-висцеральной патологии в виде расстройства функции половой сферы, с другой.

Переходим к рассмотрению природы и патогенетических факторов развития невротического заболевания, обусловленного неосуществимостью возникшего неодолимого любовного влечения. По этому вопросу И. П. Павлов говорил, что «... длинный ряд жизненных ударов, как потеря дорогих лиц, обманутая любовь и другие обманы жизни», связанные с «истязанием чувства собственного достоинства», «вызывают у слабого человека сильнейшие реакции с разными ненормальными так называемыми соматическими симптомами».

У И. М. Сеченова мы также находим некоторые высказывания по этому вопросу. По его словам, такая непреодолимая страсть «ведет роковым образом ко всяким так называемым самопожертвованием, т.е может в человеке идти наперекор всем естественным инстинктам, даже голосу самосохранения», причем «... этого рода явления в сущности суть рефлексы, только осложненные примесью страстных элементов».

В случае неосуществимости влечения, нередко приобретающего характер неодолимой навязчивости, развивается заболевание в форме невроза (К. И. Платонов, 1925,1926). В ее основе лежит механизм концентрированного возбуждения определенного пункта или района больших полушарий, вызванного эротической эмоцией.

Мы имеем в виду напряженное чувство, неотступное эротическое влечение, которое или отвергается, или же по каким-либо иным причинам не может быть реализовано.

Такая преобладающая и неодолимая эмоция, остающаяся неудовлетворенной, действительно, может привести к острому перенапряжению нервных процессов коры мозга и ближайшей подкорки и вызвать срыв высшей нервной деятельности, проявляющийся в форме острой реактивной депрессии, иногда приводящей к катастрофической развязке.

Следует подчеркнуть, что при такого рода «эрогенном» неврозе больной нередко остается без всякой лечебной помощи, ибо не только сам врач не находит нужным опросить больного в этом направлении, но и больной считает это свое состояние «стоящим вне возможностей врачебного воздействия». Часто бывает и так, что больной в силу понятной застенчивости не решается быть откровенным с врачом в области столь интимных переживаний, к тому же связанных с огромной эмоциональной напряженностью, сила и значение которой легко могут недооцениваться врачом.

Такие переживания нередко служат источником тяжелого срыва высшей нервной деятельности, подчас доводящего до суицидального акта. Можно полагать, что в этих случаях речь идет о прочно зафиксировавшейся на всем характере высшей нервной деятельности. Это выражается в чувстве тоски, внутреннего разлада, апатии, острой ревности, сопровождаясь различными чрезвычайно мучительно переживаемыми компонентами со стороны вегетативной нервной системы, и может вести к затормаживанию деятельности важных отделов коры мозга, представляющих, как говорит И. П. Павлов, «...коренные интересы всего организма, его целости, его существования».

При наличии таких остро и напряженно развившихся невротических депрессивных состояний ни фармокотерапия, ни гидротерапия не дают эффекта. Психотерапия, проведенная в бодрствующем или в дремотном состоянии, или во внушенном сне, в большинстве случаев в весьма короткий срок дает положительный эффект. Последнее обстоятельство явно противоречит утверждению известного швейцарского психиатра и гипнолога А. Фореля (1910), говорящего о том, что «напрасно было бы внушать влюбленной девушке ненависть и антипатию к ее возлюбленному, так как чувство половой любви гораздо могущественее, чем влияние постороннего внушения». Форель, видимо, не имел в виду того обстоятельства, что в этих случаях успех лечения обеспечивается желанием самого пациента избавиться от своего чувства.

Яркой иллюстрацией эффективности психотерапии могут служить наши наблюдения, касающиеся 52 человек (12 мужчин и 40 женщин), страдавших «эрогенным» депрессивным неврозом, причем у 30 человек успех лечения был исключительным – полностью ликвидировалось не только патологическое состояние, но и само чувство. У 5 человек успех был частичный (облегчение) и лишь у 10 человек эффекта не было. Причина заключалась в том, что у трех из них не было желания лечиться, семеро остальных не поддавались гипнозу; психотерапия же, проводимая в бодрствующем состоянии, успеха не имела.

Наиболее частыми причинами эрогенного депрессивного невроза у наших больных были: неудачная первая любовь – или без взаимности, или с теми или иными препятствиями к браку; уход любимого человека (мужа или жены); мо-

ральная неполноценность объекта влечения; сознание неприемлимости чувства из-за большой возрастной разницы, из-за душевной болезни и т.п.; второе замужество, причем оставалась любовь к первому мужу, стремление избавиться от этого чувства; разрыв, происшедший в силу несходства характеров, но при наличии у обоих прежнего чувства, и пр.

Недоучет врачом этих этиологических факторов неизбежно ведет по ложному пути. Так, один наш 45-летний больной, страдая эрогенным депрессивным неврозом, безрезультатно лечился в поликлинике в течение 6 месяцев как страдающий артериосклерозом.После выяснения истинной причины заболевания и гипносуггестивной терапии больной выздоровел. Эффект такой терапии обычно стоек и радикален.

1. Больная М., 28 лет, за полгода до обращения в диспансер внезапно была покинута мужем, к которому продолжает питать сильное чувство, вследствие чего находится в угнетенном состоянии, страдает психогенными зрительными и слуховыми галлюцинаторными явлениями (образ и голос мужа), продолжающимися в течение 6 месяцев. Совершенно избавлена от этого состояния пятью сеансами психотерапии, в которых внушалось безразличие к мужу и выздоровление. Положительный катамнез 22 года (наблюдение А.Е.Бреслава).

2. Больная Н., 21 года, обратилась с жалобами на угнетенное состояние, тоскливость, чрезмерную раздражительность, отсутствие интереса к жизни, мысли о самоубийстве, плохой сон, бессоные ночи, полное отсутствие аппетита, резкое похудание. Больна несколько месяцев, причина – чувство влюбленности в человека, чрезвычайно аморального и стоящего во всех отношениях ниже нее, что вызывает «мучительные переживания». Самостоятельная борьба с чувством и помощь в этом направлении окружающих безрезультатны.

Разьяснительная психотерапия положительного эффекта не дала. В течении пяти сеансов мотивированного словесного внушения во внушенном сне чувство влюбленности постепенно исчезло, причем восстановились сон, аппетит и прежнее хорошее настроение, а через две недели после начала лечения больная почувствовала себя «полностью освободившейся от своего кошмара». Положительный катамнез 2 года: здорова, бодра, жизнерадостна, успешно окончила художественное училище, об «объекте тяжелой любви» никогда не вспоминает. Таким образом, с помощью психотерапии была устранена основная причина этого сложного реактивного страдания. Впоследствии полюбила другого человека и вышла за него замуж.

3. Больной Х., 32 лет, обратился с жалобами на бессоницу, утрату интереса к жизни, резко упавшую трудоспособность, потерю аппетита, исхудание. Связывает это состояние с «охватившим его чувством страстной любви» к одной из сотрудниц по службе. Бесплодная борьба с этим чувством, по его словам, «терзает» его в течение последнего месяца, причем его «страдания чрезвычайно мучительны».

Пришел с просьбой «помочь ему избавиться от этого чувства и вновь стать трудоспособным». «Она с первой встречи завоевала меня, – говорил он с волнением, – первое время относилась ко мне доброжелательно, будто оказывая мне внимание и предпочтение, и я был в плену чувства к ней... я ни минуты не мог быть без нее...я жил и живу для нее и дрожу, когда ее вижу... Вскоре я заметил, что она начала встречаться с другими...появилась ревность...начал терять самообладание...это плохо отражалось на ходе всей моей работы...Причем, когда я видел ее с другими оживленной, у меня начиналось сердцебиение, краснело и горело лицо, кружилась голова, так что сослуживцы часто принимали меня за пьяного... Все связанное с ней меня приводило в трепетное состояние.Но она надо мной издевалась, кокетничая с другими. Узнав о ее новом романе, я совсем потерял голову. Сослуживцы уговаривали меня перестать думать о ней. Наконец , я решился на это, но забыть ее не мог: я не представлял себе жизни без нее, хотя и созновал, что по умственному развитию она мне не пара и к тому же некрасива, но...меня тянуло к ней, и я был бессилен уйти от нее...»

Мы провели психотерапию в дремотном состоянии. Во время первого сеанса, когда больной лежал с закрытыми глазами и слушал слова внушения, он, по его словам, «страдал, когда ему говорили, что он ее забудет». Но прийдя через неделю на 2-й сеанс, сообщил, что чувствует значительное улучшение. Несмотря на ежедневные встречи с ней после службы, влечение к ней стало значительно слабее, общее самочувствие стало лучше, аппетит и сон также улучшились, чувства ревности не испытывает, несмотря на имеющиеся к этому основания. Придя на 3-й сеанс, сообщил нам: «Хотя я думаю о ней довольно часто и влечение к ней все еще имеется, но оно носит уже совсем иной характер». Если до начала психотерапии была неотступная, мучительная мысль о ней и всякое воспоминание о ней вызывало «душевную и сердечную боль», то теперь всего этого нет. «Сейчас у меня больше силы воли»,- заявляет больной. При этом его чувство также сделалось другим: «Она мне нравится уже как-то спокойно, сейчас я уже учитываю, что она не устроит мою жизнь, а испортит ее!». Придя на 4-й сеанс, больной заявил: «Чувствую полное хладнокровие по отношению к ней, не хочется даже и думать, что она мне так нравилась! Я переродился, чувствую, что стал другим». Во время этого сеанса впервые была достигнута глубокая дремота. Отметил, что после этого сеанса по ночам стал спать глубоким, крепким сном. При этом относится к ней совершенно спокойно. На ее приглашение зайти к ней ответил отказом: «Мыслей о ней нет, настроение прекрасное». Наконец, после следующего сеанса заявил нам: «Чувства к ней нет и следа. Часто сижу и думаю: как может человек переродиться! Будто никогда ее не любил! И как-то странно подумать: как смог я избавиться от своего кошмарного состояния?».

После последнего, 8-го, сеанса сообщил, что чувствует себя «окончательно избавившимся от своей мучительной болезни», причем воостановился нормальный сон, интерес к жизни, работоспособность и окрепла воля: «Я теперь тот же, каким был до болезни, влечения к ней уже нет, о ней и не думаю!».

Через 4 месяца после лечения демонстрировался на конференции врачей-психотерапевтов, продолжает хорошо себя чувствовать. Несмотря на частые встречи

в служебной обстановке с бывшим объектом своей любви, он к ней совершенно равнодушен.

Следует отметить, что тяжелое перенапряжение в сфере чувств может при определенном стечении обстоятельств создаваться и у людей с сильной уравновешенной нервной системой и приводить к отдельным истерическим реакциям. Однако и в таких случаях возможно полное восстановление высшей нервной деятельности.

Перейдем к рассмотрению второй группы сексуальных неврозов, развивающихся в форме функциональных расстройств половой сферы.

Нужно сказать, что вопрос об этой группе неврозов долгое время был наименее разработанным. Причем в затруднительном положении в отношении диагностики терапии находились как урологи и гинекологи, так и психоневрологи. Не разбирались в ней и венерологи, к которым ошибочно часть этих больных обычно попадала. Не понимая ни этиологии заболевания, ни лежащих в его основе физиологических механизмов, они лишены были возможности добиться надлежащего терапевтического эффекта и лишь травмировали больных, так как еще больше фиксировали их внимание на нарушенной функции их полового аппарата, который, как правило, был в полном порядке, так как патология лежала не в нем самом, а в нарушении корковой динамики. Отсюда ясно, что всякого рода местные средства (прижигания, бужирования, массаж предстательной железы, гормональная терапия) помочь не могли, ведя, наоборот, к еще большей фиксации возникшей в коре мозга патологической динамической структуры.

И только в самые последние годы стало, наконец, общепризнанным, что больными этой категории должны заняться психотерапеты.

Нужно сказать, что В.М.Бехтерев, опираясь на данные своих наблюдений, еще в 1922 г. говорил о том, что «темные вопросы сексуальной патологии будут для нас значительнее яснее... с применением к ним рефлексологического метода исследования или метода развития сочетательных рефлексов». В. М. Бехтерев пришел к заключению, что такие половые расстройства, как преждевременная эякуляция, импотенция, так и всякого рода сексуальные извращения (фетишизм, мазохизм, садизм, гомосексуализм, инфантомания и др.), развиваются по механизму сочетательных (условных) рефлексов. Он считал эти расстройства психогенными и потому подлежащими психотерапии, которую следует применять как в бодрствующем состоянии, так и во внушенном сне. По его мнению, необходимо предварительно выяснить все то, что относится к причине возникновения заболевания, а также те внешние условия, какие, по мнению самого больного , могли быть поставлены в связь с началом заболевания.

Наши наблюдения подтверждают высказанное В. М. Бехтеревым, ибо чаще всего, действительно, приходится иметь дело с внешними раздражителями, как положительными (возбуждающими сексуальное чувство), так и отрицательными (тормозящими, подавляющими влечение и приводящими к импотенции). Импульсы могут идти со стороны первой сигнальной системы (разнообразные первосигнальные раздражители, исходящие от лица противоположного пола), второй сигнальной системы (соответствующие слова, мысли, представления), причем в каждом отдельном случае может преобладать то одна, то другая сигнальная система.

Не стремясь к широкому освещению сложной проблемы сексуального невроза и условий его развития, ограничимся приведением некоторых типичных примеров, частично иллюстрирующих сказанное.

1.Больной А.29 лет, со здоровой наследственностью, обратился с жалобами на невозможность совершать половой акт вследствие быстрой эякуляции, которая наступала уже при одном прикосновении. Его первая попытка иметь coitus в 20-летнем возрасте закончилась неудачей и с тех пор в течение 9 лет все попытки в этом направлении были неудачными, несмотря на наличие эрекции. Вследствие этого укрепилась мысль о половой неспособности, развивалось тяжелое угнетенное состояние, отказался от мысли о женитьбе.

Проведено четыре сеанса психотерапии в дремотном состоянии: вселялась уверенность в возможность нормального акта и спокойное к нему отношение. Эффект получился положительный. Больной женился, началась нормальная половая жизнь.

2. Больной 30 лет, обратился с жалобами на полную импотенцию, от которой лечился электризацией, нарзанными ваннами и пр. Женат 2 года, жена остается девственной. Беспрерывные неудачи в течение 2 лет привели к тяжелому психическому состоянию и грозили разрушить семейные отношения, которые во всем остальном не оставляли желать лучшего. Физиотерапия безрезультатна. Заболевание вызвано волнением, связанным с мыслью о возможной неудаче во время первого сближения с женой. Неудачная попытка к половому акту зафиксировала навязчивую мысль о половой несостоятельности. В дальнейшем каждая попытка совершить акт приводила к неизбежной неудаче. Обратился к нам за несколько дней до окончания безрезультатного курортного лечения в Кисловодске.

Проведено шесть сеансов словесного внушения в дремотном состоянии, причем внушение производилось с мотивированной ссылкой на физическое здоровье, на необоснованность страха и волнений, на полную уверенность в возможности совершения акта и т.п. Эффект получился положительный, семейная жизнь наладилась.

3. Больной 30 лет, месяц назад женился, жене 18 лет. Обратился с жалобой на то, что к началу полового акта у него возникает неопределимый страх перед возможной неудачей, и эрекция тотчас же спадает. Отсутствие уверенности в успехе «повидимому, может быть обусловлено большой разницей в возрасте». Первая неудача усилила тревогу и обусловила неудачи в дальнейшем.

Проведено два сеанса словесного внушения по Бехтереву (в бодрствующем состоянии с закрытыми глазами). Через неделю было получено открытое письмо: «Я прекратил лечение, потому что у меня уже все в полном порядке. Очевидно, ваше внушение даже в бодрствующем состоянии достаточно сильно повлияло на меня».

4. Больной 24 лет, обратился с жалобами на импотенцию. В возрасте 13 лет, упав с лошади, получил ушиб тестикул, пролежал несколько дней в постели. По

словам больного, его бабушка плакала и все время говорила о том, что «буду неспособен к половой жизни». В 18 – летнем возрасте половой акт со случайной женщиной был внезапно прерван сильным стуком, раздавшимся в соседней комнате. Вследствие испуга, эрекция прекратилась и в дальнейшем не могла быть вызвана. Зародилась мысль о половой неполноценности: «всплыли в памяти слова бабушки». Следующая попытка к акту сопровождалась тревогой и акта совершить не смог. Возникла мысль: «Значит бабушка права, я неспособен!». С тех пор в течение 6 лет эрекция отсутствовала при сохранении либидо. Лечился у специалистов. Массаж предстательной железы, бужировка, электризация улучшения не дали.

Проведено три сеанса разъяснительной, успокаивающей и обнадеживающей психотерапии в бодрствующем состоянии. Через неделю сообщил, что нормальная половая функция восстановилась.

5. Больной 29 лет, жаловался на полную импотенцию с 24-летнего возраста. Мастурбация с 8 до 18 лет, особенно сильная с 12 лет. В 19 лет женился, половая жизнь нормальна. Жена, узнав от него о его мастурбации в прошлом, заявила ему, что он «скоро станет импотентом!». Сказанное произвело на него сильное впечатление, ночью ему снилось, будто жена ушла от него. Несколько дней был под этим впечатлением. Вскоре наступила эрекции, а затем она прекратилась. С тех пор отмечается полная импотенция и угнетенное состояние.

Четыре разъяснительные и успокаивающие беседы, проведенные в бодрствующем состоянии, не имели успеха. При 5-м посещении была вызвана глубокая дремота. После последующих четырех сеансов психотерапии во внушенном сне нормальная половая функция восстановилась.

6. Больной 18 лет, избегает качания на качелях, так как этот процесс вызывает у него сильное половое возбуждение, иногда до оргазма и эякуляции. Кроме того, уже один вид качающихся на качелях вызывает у него сексуальное возбуждение. В 10-летнем возрасте испытал эти ощущения, качаясь на качелях. Первое время он не лишал себя этого удовольствия, но узнав, что это вредно, стал его избегать.

В течение последующих 2 лет условнорефлекторная половая реакция, обусловливаемая одним видом качающихся на качелях, вновь стала возникать. Двумя сеансами словесного внушения в дремотном состоянии она была устранена.

Вообще всякое раздражение, говорил по этому поводу В. М. Бехтерев, вступив в более или менее прочную связь с половым возбуждением, «в конце концов, становится привычным возбудителем для половой функции».

Постконтузионные невротические синдромы.

Как известно, постконтузионные и посткоммоционные невротические состояния отличаются длительностью (продолжаются годами) и упорно не поддаются самым разнообразным способам лечения. Поэтому невротики такого рода обычно расцениваются как «беглецы в болезнь».

Результаты психотерапии этих невротических состояний в ряде случаев представляются нам имеющими определенный теоретический интерес и практическое значение. Во всех наблюдавшихся нами случаях обращали на себя внимание тяжесть заболевания, большая длительность обычного его лечения и относительно быстрая и стойкая эффективность психотерапии.

1. Больной С, 40 лет, в октябре 1929 г. поступил в стационар психоневрологического диспансера с жалобами на подавленное настроение, дрожание всего тела, судорожные припадки с потерей сознания, возникающие после волнений, навязчивые мысли ипохондрического характера, плохой сон. При засыпании «внезапно всплывают мысли о пережитых потрясениях», весь вздрагивает, причем «не хватает воздуха», весь покрывается потом, после этого долго не может заснуть. Частая смена настроений: один день чувствует себя хорошо, спокоен, уравновешен, бодр, на другой день – охвачен тревогой, как бы ожидая каких-то предстоящих неприятностей. Ночью частые кошмарные сновидения.

Анамнез: болеет 10 лет, с 1918 г., когда был избит белыми (в Одессе), до этого времени был здоров. Затем был дважды приговорен к расстрелу петлюровцами, но бежал. В 1920 г., будучи машинистом бронепоезда, был контужен: снаряд попал в паровоз, и больной был выброшен под откос. Был ли ушиб головы, не знает, но в течение 3 суток не приходил в сознание. Два месяца пролежал в военном госпитале, причем, судя по словам больного, было состояние повышенной раздражительности, плаксивости, глухота на оба уха, державшаяся в течение 7 месяцев. Выписался в удовлетворительном состоянии, хотя вполне здоровым себя считать не мог: оставалась какая-то «внутренняя нервность», не было прежней «веры в свои силы», стал вспыльчивым. Тем не менее продолжал работать машинистом.

В 1923 г. пережил крушение поезда, который он сам вел: паровоз пошел под откос, больной был контужен, у него было выбито несколько зубов, потерял сознание. Пролежал 2 месяца в Одесском санатории, в течение 3 месяцев был мутизм, объяснялся знаками и при помощи записок. После восстановления речи долгое время продолжалось заикание, стал крайне раздражительным, «испортился характер». С течением времени появились «командные» припадки, сначала возникавшие 3-4 раза в день, а впоследствии реже.

В дальнейшем в течение 3 лет (1923-1926) был инвалидом, лечился в санаториях Кисловодска, Одессы, в Киеве.

Улучшение было, но нестойкое, причем припадки прекращались не больше чем на месяц. Настроение все время оставалось подавленным, продолжалась бессонница, тревожные сновидения. В конце 1926 г. решил приступить к работе, однако работал с большим трудом. Такое состояние держалось до 1929 г., колеблясь в своей интенсивности. В июне 1929 г. на амбулаторном приеме после волнения произошел судорожный припадок с потерей сознания. Направлен в Харьков в стационар психоневрологического диспансера. На следующий день по прибытии – снова припадок, с криками и судорогами, но без потери сознания. После припадка сильная слабость.

Объективно: расстройство всех видов поверхностной чувствительности по функциональному типу, небольшая анизокория.

Пробыл в стационаре 2 недели, проведена гидро-, электро и бромотерапия; припадков не было. Выписан в хорошем состоянии. Но через месяц вновь явился с жалобами на повышенную раздражительность, общую слабость, плохой тревожный сон, угнетенное настроение. Разговоры о паровозах, поездах и обо всем, с ними связанном, сделались невыносимыми, возникли навязчивые мысли о пережитом.

Назначена гипносуггестивная терапия, все другие виды лечения отменены. Оказался хорошо гипнабильным. Проведено успокаивающее, подбадривающее, разъясняющее внушение в гипнотическом сне, направленное на укрепление надежды на выздоровление, устранение беспокоивших его патологических симптомов и т. п. После сеанса – внушенный сон-отдых. По пробуждении и на следующий день самочувствие и настроение значительно лучше. В следующем сеансе, в добавление к предыдущему, внушалось забвение пережитых им в прошлом травмировавших психику факторов, спокойное отношение ко всему связанному с ними (вид паровозов, вагонов и т. п.). При этом сделан акцент на нормализацию сна, аппетита, отправлений кишечника и т. д.

После 12 сеансов гипносуггестивной терапии выписан в хорошем состоянии с прибавкой в весе. Преисполнен стремлением к работе, верит в свои силы, расстройств чувствительности нет. Через неделю при посещении врача заявил, что «паровоз и все связанное с ним уже совершенно не раздражает».

Был под наблюдением в течение 7 месяцев. Все это время работал на паровозе, считал себя выздоровевшим, работоспособность восстановилась полностью. Согласно сведениям, полученным через 2 года, продолжал работать на паровозе (рис. 82, наблюдение А. Г. Константиновой).

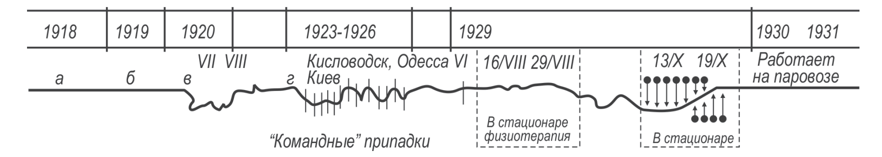


Рис. 82. Схема развития постконтузионного невротического синдрома и эффективности гипносуггестивнои терапии. а – избит белыми; б – приговорен к расстрелу; *в* – контузия, 3 суток без сознания; г – крушение поезда, контузия с потерей сознания. Стрелки обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

Итак, у больного имелись две психические (приговоры к расстрелу) и две смешанные (физическая и психическая) травмы. По-видимому, первые сыграли роль факторов, снизивших корковый тонус. Под влиянием последующих двух травм (физической и психической) развился реактивный невроз истерического типа, не поддававшийся лечению несколько лет и превративший больного в инвалида почти на целое десятилетие.

Если курортное лечение не давало эффекта, то гипносуггестивная терапия быстро восстановила состояние здоровья и работоспособность. Отметим, что первое двухнедельное пребывание в стационаре, где проводилась лишь физиотерапия, дало улучшение только на месяц. После проведенной же нами психотерапии рецидивы отсутствовали в течение нескольких лет, что может свидетельствовать о стойкости результатов лечения.

По-видимому, у данного больного была длительная патологическая инертность тормозного процесса с фазовым состоянием коры мозга вследствие перенесенной смешанной (физической и психической) травматизации.

Можно думать, что если бы психотерапия была применена своевременно, то больной мог бы вернуться к своей работе намного раньше.

2. Больной К., 30 лет, инвалид. В 1920 г. во время гражданской войны перенес воздушную контузию с потерей сознания на несколько часов, в результате чего развилось неврастеническое состояние с повышенной раздражительностью. К началу 1921 г. состояние здоровья улучшилось. Весной 1921 г. участвовал в бою с бандитами, был ранен в голову и правое плечо, избит. Развилось тяжелое истероидное состояние с чрезмерной раздражительностью и крайней гиперакузией: малейший шум, внезапный звук или стук вызывали вздрагивание всего тела. С течением времени образовалась стойкая реакция на них в форме судорожных «командных» припадков с потерей сознания. Пребывание в больницах и санаториях было невыносимым.

В марте 1921 г. направлен в Пятигорск, причем был помещен в отдельную комнату, изолированную от шумов и затемненную шторами. К августу наступило значительное улучшение: больной стал уравновешеннее, общительнее, выносливее в отношении сильных звуковых и световых раздражителей. Поступил на должность канцелярского работника. В сентябре того же года взрыв котла на соседнем заводе вызвал испуг, в результате которого у больного вновь развился тот же синдром с повышенной раздражительностью и «командными» припадками. Вернулась прежняя обостренная чувствительность к звуковым раздражителям. Амбулаторное лечение и 2-месячное пребывание в Славянске в 1922 г. дали лишь некоторое кратковременное улучшение. Такое состояние продолжалось до лета 1923 г., когда он был вновь направлен на курорт в Славянск. Во время месячного пребывания в санатории наблюдалась чрезмерно повышенная раздражительность, доходящая до агрессивной аффективности, конфликты с больными и медицинским персоналом, «командные» припадки. Возник вопрос о выписке, так как «не поддается лечению и не подчиняется дисциплине».

Мы предложили задержать его на 2 недели для гипносуггестивной терапии. Оказался хорошо гипнабильным. Проведен 2-часовой внушенный сон-отдых. Внушены уверенность в выздоровлении, забвение всего пережитого на фронте, эмоциональная уравновешенность, спокойное отношение к звуковым раздражениям, спокойный ночной сон и т. д. Достаточно было 4 сеансов гипносуггестивной терапии, чтобы больной стал совершенно неузнаваемым. Восстановился спокойный ночной сон, исчезла раздражительность, спокойно реагировал на напоминания о фронте и взрыве, на внезапные звуки. Почувствовал себя бодрым и крепким, «как никогда за всю болезнь». Не было ни одного судорожного «командного» припадка, уехал из Славянска на 5 дней раньше намеченного срока, стре-

мясь к работе. В 1924 и 1926 гг. сообщал., что он здоров, совершенно избавился от невроза (рис. 83, наблюдение автора).

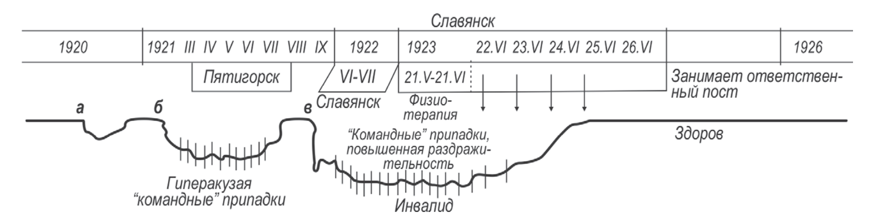


Рис. 83. Схема развития постконтузионного невротического синдрома и эффективности гипносуггестивной терапии. *а* – воздушная контузия; б —ранен бандитами; *в* – взрыв котла. Стрелки обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

В данном примере травматического истерического синдрома особенно подчеркивается эффективность гипносуггестивной терапии: в 4-дневный срок было достигнуто то, что в условиях курортного лечения (в Пятигорске) произошло в более слабой степени в 5-месячный срок.

3. Больной Г., 28 лет, ведя в июне 1919 г. воинский поезд, был контужен снарядом и ранен в теменную область головы. Находился без сознания 8 часов, пролежал l,5 месяца в больнице. При выписке комиссия признала его «негодным к работе на паровозе». Жалобы на упорные головные боли, головокружение, дрожание рук и ног, слабость, очень плохой и тревожный сон (2-3 часа в ночь). До декабря 1919 г., когда явился на повторное обследование, находился все время дома, лечился в поликлинике, после чего наступило некоторое улучшение. Комиссией направлен на консультацию для определения пригодности к работе на транспорте вообще. У больного общее астеническое состояние, дрожание рук и ног, жалобы на раздражительность, наклонность к слезам, головные боли, тревожный сон, тяжелые сновидения с картинами боя.

Диагноз: постконтузионный невротический синдром. Оказался хорошо гипнабильным. Проведено 8 сеансов внушения во внушенном сне. Внушались забвение пережитого в 1919 г., хороший спокойный ночной сон. Во время 3-го сеанса наступил глубокий внушенный сон, после чего последовало резкое улучшение. После 8-го сеанса больной заявил, что «почувствовал себя совсем здоровым». После лечения возобновил работу на паровозе и работал на нем в течение 14 лет (наблюдение автора).

Все приведенные выше наблюдения относятся к категории смешанного травматизма – физического и психического. Во всех случаях резко выражено невротическое состояние, которое могло быть устранено только психотерапией с последующим внушенным сном-отдыхом. Чем обусловлены эти состояния? Психогенны ли они? Если принять за критерий эффект психотерапии во внушенном сне, то психогенез этих состояний, часто неизбежный при физическом травматизме, ясно виден.

В настоящее время, при достаточном знакомстве с механизмами образования невротических состояний, возникающих соматогенным путем, результаты психотерапии постконтузионных и посткоммоционных невротических состояний получают научное обоснование. Особенно важными в этом вопросе являются исследования А. Г. Иванова-Смоленского (1951) с сотрудниками, осветившие патофизиологические механизмы посттравматических невротических состояний. Эти исследования свидетельствуют о непосредственном (после физических и чрезвычайных психических травм) развитии запредельного охранительного торможения, охватывающего не только всю кору мозга, но и подкорковую область (бессознательное состояние, сопровождающееся угнетением вегетативных функций).

Таким образом, имеются все основания говорить о корковой, динамической природе посттравматических невротических состояний с лежащей в их основе патологической инертностью защитного торможения клеток коры мозга.

Психогенная эпилепсия.

Весьма интересным теоретически и важным практически является вопрос о применении психотерапии при тех формах эпилепсии, в генезе которых лежит психическая травма.

Как можно судить по имеющимся, пока немногочисленным данным, психотерапия, проводимая во внушенном сне и в этих случаях, действительно может оказывать помощь. Вместе с тем это может содействовать также и освещению проблемы эпилепсии и ее лечения.

Об успешном применении гипносуггестивной терапии в некоторых точно диагностированных случаях так называемой генуинной эпилепсии говорят литературные данные. Из отечественных авторов этим вопросом занимались: А. А. Токарский (1890), Г. Р. Тер-Аветисов (1907), П. П. Подъяпольский (1913), Д. М. Тихомирова (1913), В. К. Хорошко (1927), А. Ф. Гоциридзе (1929), а из зарубежных: Бред (1843), Веттерстранд (1893), А. Молль (1909), Говерс (1910), А. Форель (1928). Применяя психотерапию, все они наблюдали более или менее длительное улучшение. При этом диагноз генуинной эпилепсии у больных, наблюдавшихся, например, Г. Р. Тер-Аветисовым, был поставлен высокоавторитетными невропатологами (В. К. Рот, Г. И. Россолимо).

О возможности «излечения» эпилепсии таким путем высказался Веттерстранд, применявший в этом случае длительный гипноз-отдых. Об этом говорил также А. А. Токарский (1890). Поскольку эпилепсия теперь рассматривается как реакция высших отделов центральной нервной системы на ряд самых разнообразных эндогенных и экзогенных факторов, в том числе и психогенных, то после устранения этих факторов возможно, конечно, устранение и эпилептиформной реакции на них. Таким образом, не исключено, что гипносуггестивная терапия может оказывать положительное воздействие на течение этого заболевания. По-видимому, психотерапия наиболее показана при аффектогенной эпилепсии Братца (Bratz) и реактивной эпилепсии Бонгоффера (Bonhoffer), тем более, что, как подчеркивает В. К. Хорошко (1927), игнорирование наличия эмоционального фактора в развитии эпилептических судорожных припадков недопустимо. Как из-

вестно, большая их часть первично развивается именно аффектогенно (чаще всего под влиянием испуга), причем последующие эпилептические припадки обычно возникают уже без каких-либо видимых внешних поводов. Имеются указания на то, что в ряде случаев-появление судорожных эпилептических припадков происходит по механизму условного рефлекса (В. М. Бехтерев, 1922а; К. И. Платонов и П. П. Истомин, 1926; Н. И. Красногорский, 1933; М. П. Никитин, 1934),

Необходимо учесть, что патосимптоматика, якобы типичная для судорожной «врожденной эпилепсии», а потому трудно поддающаяся лечению, в ряде случаев ведет врачей на путь ошибочной диагностики и терапии. Имеются основания утверждать, что наличие в патогенезе эпилепсии аффекта (испуг в детстве) в ряде случаев ускользает из поля зрения врача, что и приводит к трактовке заболевания как «врожденного». Мы наблюдали положительный результат гипносуггестивной терапии, проведенной нами совместно с П. П. Истоминым (1926) у больных, у которых имелись все данные, чтобы считать их «генуинными» эпилептиками.

Рассмотрим это на конкретных примерах.

1. Снова коснемся наблюдения (стр. 156) над 30-летним больным, страдающим эпилепсией с 5-летнего возраста. Типичные припадки большой эпилепсии развились под влиянием испуга. Сеансы гипносуггестивной терапии проводились амбулаторно, сначала через день, затем через 2-3 дня, один раз в неделю и, наконец, один раз в 2-3 недели на протяжении 5 месяцев. Если до этого лечения припадки повторялись регулярно в первую и третью декады каждого месяца, то после 2 месяцев гипносуггестивной терапии (при полном исключении бромидов, принимавшихся больным до того в больших дозах) припадков не было в течение последующих 6 месяцев. При этом первый припадок, возникший после 6-месячного перерыва, произошел под влиянием сильной эмоции (встреча с товарищем и рассказ о возникающих у него припадках), а второй – после психической травмы (смерть отца). Учитывая это обстоятельство, в следующей серии сеансов мы делали специальное внушение: «Никакие душевные волнения припадков не вызывают!» и т. д. В течение года, несмотря на переживавшиеся больным волнения, припадков действительно не было и состояние больного оставалось хорошим, причем он был работоспособен, прибавил в весе.

2. Больная Н., 32 лет, обратилась в клинику по поводу припадков, сопровождающихся потерей сознания, судорогами, прикусыванием языка, иногда недержанием мочи. После припадка наступает сон. Припадки начались с 16-летнего возраста после испуга и возникают чаще ночью, 2-3 раза в месяц. В неврологическом статусе уклонений нет, со стороны психики – ослабление памяти, угнетенное настроение, беспричинная ревность к мужу, вспыльчивость. В течение последних 6 месяцев до начала психотерапии припадки возникали 2 раза в месяц, причем почти всегда по одному припадку во второй и третьей декаде месяца.

Применена гипносуггестивная терапия. В 1-ом же сеансе наступил глубокий сон. Внушалось: «душевное спокойствие, снисходительное отношение к окружающим, отсутствие ревности, хороший ночной сон, уверенность в выздоровлении». В течение следующего месяца припадков не было. В дальнейшем был один припадок ночью «после чрезмерной усталости» и еще один через l,5 месяца «после выпитого вина и злоупотребления в сексуальной сфере».

Лечение продолжалось 4 месяца, по одному сеансу в неделю. В течение 6 месяцев не было ни одного припадка, после чего больная переехала в другой город. Таким образом, за 9 месяцев было всего лишь два припадка.

3. Больная 32 лет поступила в клинику нервных болезней с жалобами на повторяющиеся 2-3 раза в месяц эпилептические припадки, которыми страдает с 13-летнего возраста. Клиническое наблюдение установило типичность припадка. Проводились сеансы внушения во внушенном сне на протяжении 3 месяцев (сначала 2–3 раза в неделю, затем один раз в неделю, а последние 2 месяца один раз в месяц). За все это время припадков не было. Согласно полученным сведениям, их не было и в течение последующих 5 месяцев.

Нам не раз приходилось отмечать, что в эпилептической ауре находит отражение содержание травмировавшего психику фактора. Например, у одной больной аура перед типичным большим эпилептическим припадком выражалась в виде сильной давящей боли в груди. Выяснилось, что первый ее припадок был вызван изнасилованием, причем во время борьбы насиловавший давил ее в грудь локтем. Такого рода явления в отношении ауры в свое время наблюдали П. И. Ковалевский (1896) и В. М. Бехтерев (1922).

В работе П. П. Подъяпольского (1913) показано, что путем соответствующего внушения во внушенном сне у больных эпилепсией можно исключить постэпилептическую амнезию. В этих условиях больные могли рассказать о своих переживаниях во время припадков. В этом же направлении были сделаны наблюдения Риклином (Riklin, 1903).

По нашим наблюдениям, психотерапия в бодрственном состоянии, а особенно во внушенном сне может быть полезной в борьбе больного с тяжелым сознанием своей «падучей болезни» и с навязчивой тревогой ожидания припадка.

Все это приводит нас к убеждению, что существовавшее среди психиатров и невропатологов мнение о якобы «недопустимости применения внушения и гипноза при эпилепсии» является неправильным. На этот вопрос следует смотреть несколько иначе. Имеются все основания ожидать, что более смело предпринятые шаги в этом направлении могут открыть в области изучения эпилептических реакций и их лечения новые важные перспективы. Не следует упускать из виду, что изучение роли психической травмы в развитии эпилептических припадков может быть особенно плодотворным в связи с пересмотром проблемы эпилепсии с физиологической точки зрения, высказанной И. П. Павловым на одной из его сред. Эпилепсия, – говорит И. П. Павлов, – заболевание, сосредоточенное в определенном пункте больших полушарий. В его основе лежит некоторое патологическое состояние изолированного пункта коры.

Малые неврозы.

Психотерапия, проводимая во внушенном сне, оказывается полезной и в слу-

чаях моносимптомных невротических реакций (амавроз, мутизм, моноплегии, тики и т. п.), а также при наиболее элементарных патологических динамических стереотипах и неадекватных реакциях, не устраняющихся никакими иными мероприятиями. Сюда же относятся разного рода вредные наклонности, дурные привычки, ночной энурез, непреодолимые страхи, например боязнь мышей, грозы, крови (доходящая до обморочных состояний, а в особенности при виде крови близких лиц), привычное сосание пальца или губы, постоянное навязчивое высовывание языка (наблюдающееся не только у детей и подростков, но и у взрослых), навязчивый кашель, навязчивая функциональная икота, иногда трактуемая как энцефалитическая. Дежерин и Гоклер (1912) причисляют к этой категории навязчивостей неодолимую боязнь сквозняков с ощущением их, даже если их вовсе нет.

Приведем некоторые наиболее ярко выраженные примеры такого рода навязчивостей.

1. Студент III курса медицинского института не выносил вида ран и крови при хирургических операциях. Это зрелище доводило его до полуобморочного состояния, вследствие чего перед ним встал вопрос об оставлении медицинского института.

Четыре сеанса внушения во внушенном сне совершенно избавили его от этих реакций. Больной выздоровел и закончил медицинский институт.

2. Больная Н., 52 лет, с 5-летнего возраста страдала навячивым страхом темноты: боялась темной комнаты, что в ее бытовых условиях составляло большую помеху. Эта фобия образовалась и зафиксировалась на всю жизнь после того, как отец сделал попытку отучить ее от детского страха темной комнаты путем принуждения, заставляя приносить ему папиросы из темной комнаты. Этим был создан больной пункт в виде непреодолимого страха темной комнаты, закрепившийся на всю жизнь. Проведено 2 сеанса психотерапии во внушенном сне, чем фобия была устранена.

3. Больная К., 40 лет, страдает навязчивым движением в виде высовывания языка, которое носит характер вылизывания. В остальном никаких патологических отклонений в ее поведении нет. Безрезультатность предпринятого медикаментозного лечения и упражнений, направленных на задерживание указанных навязчивых движений языка, привела к необходимости уйти с педагогической работы.

Применена психотерапия во внушенном сне. Оказалась хорошо гипнабильной. Два сеанса полностью устранили имевшуюся навязчивость, что дало возможность вновь вернуться к педагогической работе.

4. Девочка 8 лет. С 4 лет страдает навязчивым сосанием нижней губы. По наблюдениям родителей, губа непропорционально увеличилась, а иногда отмечались и экскориации ее. Дед девочки страдал этой навязчивостью с детства до зрелого возраста, вследствие чего его нижняя губа была безобразно увеличена.

Из боязни того же обезображивания и у дочери родители обратились в диспансер.

Проведен ряд сеансов внушения во внушенном сне, устранивших эту навязчивость. Через 2 года то же навязчивое состояние вновь возникло после гриппа. Снова была применена психотерапия в виде сеансов внушения в дремоте, что устранило рецидив навязчивого сосания губы. В течение 4 лет наблюдения рецидивы отсутствовали, исчезли также все другие невротические явления. Девочка хорошо успевает в общей и музыкальной школе (наблюдение М. И. Кашпур).

5. Больная Н., 20 лет, панически боится грозы: во время грозы, по словам родителей (отец ее врач), становится невменяемой. Больная оказалась хорошо гипнабильной. Проведен сеанс внушения: «Боязни грозы у вас больше нет, во время грозы остаетесь совершенно спокойной!» Таким путем патологическое явление было устранено. Впоследствии в течение 28 лет не было ни одного рецидива, о чем мы узнали со слов ее мужа и ее самой.

К моносимптомным реакциям могут быть отнесены также некоторые более сложные функциональные нарушения. Приведем примеры.

Больной М., 52 лет, обратился в психоневрологический диспансер с жалобой на то, что он с некоторого времени не может спокойно носить зубной протез (верхняя челюсть). Из анамнеза выяснилось, что однажды во время своего ответственного доклада больной почувствовал тошноту, которую объяснил только что надетым зубным протезом. Взволновавшись, он должен был значительно сократить свое выступление. В последующие дни поташнивание продолжалось, причем во время публичных выступлений это приводило к тяжелым переживаниям, тем более, что его работа была связана с частыми выступлениями в районах области. Вскоре чувство тошноты стало возникать не только при ношении зубного протеза, но и при его надевании. Более того, ко времени обращения его в диспансер уже одно только приближение протеза ко рту вызывало тошноту, резкую перистальтику всего кишечного тракта, сокращение мышц живота и резкие позывы на рвоту.

Лечение в виде нескольких сеансов мотивированных внушений во внушенном сне не дало эффекта: после пробуждения больной едва успевал поднести протез ко рту, как тотчас же повторялась описанная весьма бурная реакция. Тогда была применена следующая методика. Больному, погруженному в состояние внушенного сна, было предложено надеть зубной протез. Однако первые попытки, повторяемые несколько раз не дали эффекта. Только к концу сеанса реакция, сопровождавшая намерение одеть протез, стала значительно слабее.

В следующий раз эти упражнения были вновь повторены, причем к концу 2-го сеанса больной уже на короткий срок надевал протез. Многократное повторение этих упражнений на протяжении 4 сеансов полностью избавило больного от прежних реакций. Последующими 4 сеансами полученный эффект был закреплен. В результате этого все описанные явления прошли, больной совершенно свободно надевал и носил протез, вернулся к своей работе. Положительный катамнез был прослежен в течение 4 месяцев (наблюдение Н. М. Зеленского).

Больной П., 15 лет, обратился с жалобами на навязчивое мигание со спазмами век, происходящее непрерывно в течение 4 лет, возникшее в 11-летнем возрасте после бомбежки (март 1943 г.). Среди ночи он был разбужен звуком взрыва бомбы и происшедшим вследствие этого обвалом штукатурки потолка комнаты, где он спал, причем упавшей штукатуркой ему засыпало глаза. До этого был здоров.

Возникшие навязчивые спазматические движения век обоих глаз тяжело переживает, особенно с осени 1947 г., когда поступил в ремесленное училище. Все его попытки устранить мигательные движения лишь усиливают их, причем в этом случае они приобретают непреодолимый спазматический характер. Это и заставило его обратиться к психотерапевту. Отмечается эмоциональная лабильность, гипнабилен.

Проведен сеанс словесного внушения во внушенном сне, после которого отмечено резкое улучшение, а еще после 2 сеансов полностью устранилось спазматическое движение век. Следует подчеркнуть, что психическая травма возникла при сниженном тонусе коры мозга, обусловленном переходным (фазовым) состоянием (наблюдение Е. С. Каткова).

К моносимптомным вегетативным невротическим реакциям нужно отнести так называемые аллергии и идиосинкразии – невыносливость к различным алиментарным и медикаментозным веществам, вызывающим уртикарные реакции. Так, у одной женщины, находившейся под нашим наблюдением, прием хинина вызывал квинковский отек лица, другая исследуемая не выносила клубники – после употребления ее появлялась зудящая уртикарная сыпь. У обеих под влиянием лишь одного сеанса внушения, проведенного в дремотном состоянии, установилась нормальная выносливость к этим веществам. Однажды нам пришлось наблюдать устранение путем внушения во внушенном сне анафилактической крапивницы с мучительным зудом (К. И. Платонов, 1925а).

А. И. Картамышев (1942) наблюдал больного 41 года, у которого под влиянием приема плазмохина сначала через 4 часа, а затем через 2 часа после приема по всему телу появлялась зудящая крапивница, которую при каждом курсе лечения малярии приходилось устранять инъекциями морфина. В дальнейшем были проведены сеансы внушения во внушенном сне, причем уже одного такого сеанса оказалось достаточным для того, чтобы указанное осложнение было устранено. Словесным воздействием удавалось устранять такие же реакции, возникавшие при применении неосальварсана. А. И. Картамышев делает отсюда вывод, что аллергические дерматозы не следует считать нозологической единицей, так как они могут вызываться различными факторами.

ГЛАВА XX

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ

Надлежит отыскать вместе с больным или помимо него, или даже при его сопротивлении, среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза.

И. П. Павлов

Неврозы, сложные по клиническим синдромам и по методике психотерапии.

Остановимся несколько подробнее на рассмотрении наблюдавшихся нами более сложных невротических заболеваний. Полагаем, что это будет способствовать более глубокому пониманию условиий их развития и лежащих в их основе патофизиологических механизмов. Вместе с тем рассмотрим особенности необходимых в таких случаях некоторых специальных приемов психотерапевтического воздействия.

В этих наблюдениях особенно отчетливо выступает положительное значение психотерапии, проводимой именно в условиях внушенного сна.

В какой мере психотерапия во внушенном сне может быть действенным средством, показывает следующий пример, редкий по своей чрезвычайной тяжести и сложности не только в этиологическом отношении, но и по клиническим проявлениям.

1. Больная С, 24 лет, обратилась в июне 1924 г. с жалобами на постоянное тревожно-подавленное состояние, повышенную раздражительность, резкое исхудание, общую слабость, расстройство сна, кошмарные сновидения (засыпает лишь под утро, «когда оживает город»). Но главным образом ее мучает ряд навязчивых страхов с мучительными переживаниями.

Из-за этих непреодолимых страхов и навязчивостей больная ведет «отшель-

нический образ жизни», стала «полным инвалидом», в то время как до заболевания была синтонна и стенична. Проявляет стремление к выздоровлению, раздражена полной безрезультатностью лечения.

Болезнь началась в 1918 г. после ряда тяжелых острых и длительных переживаний в период гражданской войны, предопределивших содержание ее фобий, образовавшихся и зафиксировавшихся в виде изолированных корковых больных пунктов, причем некоторые из них по механизму патологических временных связей.

Приводимое ниже описание этиологических моментов и условий образования сложного комплекса фобий, составленное со слов больной, проверявшееся гипноанализом, раскрывает картину пережитой ею сложной и многократной психической травматизации. Начнем с более детального рассмотрения предъявленных ею жалоб.

1. Боязнь самостоятельно ходить по улицам (и вообще по широким пространствам). Пугают далекие расстояния, поэтому может отойти от дома самостоятельно лишь на близкое расстояние. При попытке же пойти куда-либо дальше ее охватывает непреодолимый ужас, темнеет в глазах, появляется сердцебиение, возникает общее дрожание, «подкашиваются и отнимаются ноги». Поэтому на далекие расстояния может ходить только в сопровождении мужа.

2. Боязнь толпы. Среди толпы ее охватывает непреодолимый ужас, вследствие чего, попадая в толпу, всеми силами вырывается из нее, преодолевая все препятствия. Не выходит на улицу, когда там почему-либо много людей. Выходя в город с мужем, избегает толпы. Из-за этого никогда не ходит в кино, в театр и на собрания.

3. Боязнь замкнутых пространств с запертыми дверями. Больную охватывает сильная тревога, если она узнает, что дверь комнаты или же выходная дверь из квартиры заперта на ключ. Эта тревога быстро переходит в непреодолимое чувство ужаса и состояние крайнего двигательного возбуждения. В таких случаях с криком бросается к двери и стремится во что бы то ни стало ее отпереть. Где бы она ни находилась (например, у знакомых, соседей), ее всегда тревожит вопрос о выходной двери. Даже если в комнате есть люди, она всегда поглощена мыслью о выходной двери и охвачена постоянным страхом: «Заперта дверь или нет?», «А вдруг дверь заперта!» «Как хищный зверь следит за добычей, так и я за дверью»,– говорит больная. Если она знает, что дверь не заперта, и в замке видит ключ, у нее возникает навязчивая мысль: «А вдруг запрут» или: «А вдруг застрянет ключ, дверь не откроют, и я не смогу выйти из комнаты!» Ее преследует и другой навязчивый вопрос: «Как спастись, как выйти на улицу?» И тотчас же внимание направляется на другую дверь (если она имеется), или окно. Она всегда должна проверить, высоко ли окно от земли, можно ли выпрыгнуть без повреждений, и бежать. Если это происходит зимой, то можно ли его открыть или разбить и т. п. Поэтому, придя в чужой дом, она ни на минуту не остается спокойной. Бывали случаи, когда больная не могла себя сдержать и с шумом отпирала запертую дверь, а иногда выламывала замок (если дверь долго не отпиралась). Однако, выскочив на улицу, больная тотчас же успокаивалась. Вследствие этого приходится дверь всегда держать полуоткрытой, предупреждать соседей по коридору в отношении общей выходной двери, а дверь из коридора на лестницу не запирать, чтобы больная знала, что нет никаких препятствий к выходу. Наружная дверь ее квартиры запирается на специальную задвижку, которую можно легко и беспрепятственно отодвинуть. Все наружные крючки и задвижки сняты.

4. Боязнь сумерек, темноты, ночной тишины (особенно на улице и у себя в квартире). При наступлении темноты и ночной тишины больной овладевает тревога, начинается шум в голове, головокружение, озноб, суетливость. Вскакивает с постели (если это случается ночью), будит мужа, а если последний отсутствует, будит соседей по квартире. Засыпает лишь на рассвете.

5. Боязнь езды по железной дороге. «В вагонах заперты двери», «много людей», а кроме того, преследует навязчивая мысль: «А вдруг поезд остановится далеко от станции, где-нибудь в поле!» Находясь в вагоне, испытывает непреодолимое чувство крайнего беспокойства, приливы к голове («сжатие головы»), учащенное сердцебиение и пр. По этой же причине боится езды в трамвае, так как боится, что «не сможет выйти из вагона».

6. Пугает невозможность быстро раздеться, в частности быстро снять с себя надетую обувь, расшнуровать ботинки: совершая эту процедуру, всегда очень волнуется и ее все более охватывает мучительная поспешность и непреодолимое чувство страха.

Все описанное вынуждает больную нигде не бывать и уже в течение 5 лет не принимать участия в общественной жизни. Вследствие этого ее жизнь «превратилась в тяжелое мучительное прозябание, без пользы себе и другим и в тягость мужу», который «силой обстоятельств оказался прикованным к ней», так как только его присутствие вносит относительное успокоение. Все время находится в тревожном, угнетенном состоянии, раздражительна, часто плачет, нарушен сон, кошмарные сновидения. Все время проводит дома, занимаясь домашним хозяйством лишь по мере возможности. Все эти годы лечилась в поликлиниках и у многих врачей. Однако ни фармакотерапия, ни электролечение и водолечение не давали улучшения. Наоборот, состояние здоровья прогрессивно ухудшалось. Будучи по натуре очень подвижной, она тяжело переживает сознание своей болезненной беспомощности. Отсутствие надежды на выздоровление приводит ее в отчаяние. По словам мужа, в один из таких приступов она пыталась покончить с собой.

Направлена на психотерапию. Пришла к нам в сопровождении мужа, в тяжелом угнетенно-тревожном состоянии. В первой беседе с большим трудом нам удалось узнать главное из ее страданий, причем часть сведений была нами получена от мужа, так как больная настолько сильно реагировала на определенные события своей жизни, что невозможно было на них детально останавливаться, да и сама больная просила не касаться этих воспоминаний. Только впоследствии, после ее выздоровления, путем подробного выяснения всех обстоятельств ее сложного анамнеза мы получили, наконец, возможность вскрыть механизм развития каждой отдельной ее фобии.

Анамнез. Дочь сельского учителя, наследственность не отягощена, развива-

лась физически хорошо. По характеру энергична, общительная, стенична, при случае совершала очень смелые поступки. Наряду с этим с детства была пуглива (результат запугивания в детстве русалками, лешими, сумасшедшими), по мере развития эта пугливость ослабевала.

Рассмотрим эпизоды, которые обусловили развитие ее невротических симптомов.

В 13-летнем возрасте (1913), идя в лес за грибами, незаметно зашла в чащу, чего-то испугалась, ее охватил ужас, она бросилась бежать и бежала, «вся онемев от страха». Выбежав в поле, продолжала испытывать страх, усиливавшийся при приближении к середине пути по открытому полю и постепенно ослабевавший по мере приближения к дому. Для ослабления страха искусала до крови большой палец руки.

В конце 1914 г. в связи с войной в числе других беженцев переехала в Екатеринослав (ныне Днепропетровск). При переезде отстала от родителей, поступила работницей на завод. Несмотря на одиночество, тяжесть жизненных условий и 15-летний возраст, всегда добивалась цели сама, без помощи других, стойко преодолевая препятствия и трудности. В 1917 г. переехала к родителям, которых после долгих усилий разыскала в г. Изюме.

С конца 1917 г. (во время гетманщины и петлюровщины) стала принимать участие в повстанческом движении. Скрывалась в лесу от захвата и расстрела. В июле 1918 г. в 18-летнем возрасте подверглась нападению большой банды петлюровцев. В ноябре 1918 г. перенесла крушение поезда: была придавлена стенкой вагона и вытащена через окно. Пережив кошмарную картину крушения, бросилась «бежать, куда глаза глядят». Очутившись в поле одна, вновь пережила ужас, причем особенный трепет у нее вызывала «царившая вокруг какая-то зловещая тишина». В дальнейшем энергично работала, ожидая прихода Красной Армии.

В начале 1919 г. подверглась преследованиям со стороны белых. Опасаясь возможности ареста, часто меняла место жительства. Однажды очутилась в безвыходном положении: она одна в городе, занятом неприятелем, с очень важными документами. На улицах еще продолжалась стрельба. Идя одна по пустым улицам, была охвачена ужасом, но удалось укрыться. Так как за ней уже следили и были попытки ее арестовать, бежала с чужим паспортом к родным за 100 километров. Ехала в вагоне одна, ночью. В страхе быть арестованной, не доехав до станции, скрылась в лесу, ожидая рассвета. Утром пришла к родным, весь день провела в тревоге, а ночь в страхе (вот-вот арестуют, нужно бежать, куда-то скрыться).

На 2-й день была арестована и заперта в отдельной комнате на ключ. Всю ночь не спала, обдумывая план побега. Рано утром урядник пытался ее изнасиловать, но она оказала отчаянное сопротивление. Сказав: «Так ты сгниешь в тюрьме!», он вышел и снова запер дверь. Ее охватил ужас и отчаяние, ей казалось, что она действительно здесь сгниет. Представилась картина из повести Горького «Мать». Вскоре была выпущена на поруки. Оставалась дома, боясь выйти на улицу. Чувствовала себя спокойнее у окна, через которое «в случае чего можно было скрыться».

Через несколько дней поздно вечером последовал вторичный арест. Стойко перенесла оскорбления при допросе. Вынесен приговор к избиению шомполами,

а через несколько дней, ввиду приближения Красной Армии, приговорена к расстрелу. В сопровождении охраны вместе с другими арестованными в сумерках была повезена на расстрел. В состоянии ужаса и безвыходности ехала через поле. Пробыв 3 суток в тюрьме как смертница, была на ночь переведена на квартиру начальника карательного отряда и заперта в комнате, где на столе было оружие и ручные гранаты. Начальник, грозя расправой при сопротивлении, требовал отдаться ему. Сопротивляясь, она разбила окно с целью бежать через него. В борьбе потеряла все силы и была изнасилована. В бессознательном состоянии отвезена в больницу, откуда через несколько дней вновь взята для совершения приговора. Но стражник помог ей бежать через окно. Рассказывает, как она, волнуясь, расшнуровывала ботинки, чтобы снять их для побега. Два дня укрывалась по знакомым в ожидании прихода Красной Армии.

Началось отступление неприятеля. Город был погружен во мрак, «наступила жуткая тишина». Когда вышла на улицу, не зная куда идти, ее «охватил ужас одиночества». На утро пришли красноармейские разведчики. При встрече с одним из них бросилась к нему с криком: «Я спасена!» и упала без сознания. Медицинским персоналом Красной Армии ей была оказана помощь.

После наступившего успокоения начались розыски расстрелянных родственников. В поле, в 2 км от города, она обнаружила в овраге труп расстрелянного отца. Во время разбора трупов вдруг раздались крики: «Наступают белые, спасайтесь в город!». В смятении от невозможности преодолеть далекое расстояние и окружающее пустое широкое поле, где негде укрыться, у нее подкосились ноги, ей казалось, что сходит с ума. Потеряла сознание, не помнит, как была довезена в город. Некоторое время находилась в сумеречном состоянии, страдая психогенными галлюцинациями и иллюзиями, отражавшими пережитое. Её состояние было таково, что местные врачи заявили родственникам о безнадежности ее лечения. Заботу о ней взял на себя молодой партизан, теперешний ее муж.

По прекращении острого невротического состояния и некоторых тяжелых симптомов (сумеречное состояние, галлюцинации) начали проявляться все описанные выше фобии. Вследствие этого вела тяжелый для нее и мужа отшельнический образ жизни, в постоянных страхах, которые довели ее до физического истощения.

Психотерапия в форме внушения во внушенном сне была начата в июне 1924 г. Внушались успокоение, забвение пережитого и страхов, уверенность в выздоровлении, вера в свои силы и трудоспособность, хороший ночной сон. После 1-го же сеанса, проведенного в дремотном состоянии, отмечено резкое улучшение общего состояния. Последующие сеансы сопровождались длительным (часовым) внушенным сном-отдыхом. Это привело к прогрессирующему улучшению ее состояния. После 10-го сеанса состояние настолько улучшилось, что больная стала вести самостоятельный образ жизни: свободно ходила днем и ночью по городу, ездила в трамвае, исчезла боязнь толпы и пр. После 25-го сеанса почувствовала себя «очень хорошо»: появился интерес к жизни, не боится запертых дверей, сумерек, темноты, ночной тишины, изредка посещает кино. В ноябре того же года приступила к работе.

Решилась, наконец, совершить поездку по железной дороге к матери. Поездка закончилась благополучно, самостоятельно и спокойно прошла 5 км по полю. Чувствовала себя совершенно здоровой, исчезли все страхи. В течение нескольких лет вела общественную работу, была членом горсовета, посещала многолюдные заседания в здании Горсовета, театрах, проводила обследования за городом, ходила самостоятельно днем и ночью, ведя сложную трудовую и общественную жизнь. Несмотря на новые переживания, старые фобии не возобновлялись. Развившееся время от времени (до 1934 г.) общее невротическое состояние устранялось 1–2 сеансами внушения, проводившегося в дремоте.

В 1934–1946 гг. была здорова и работоспособна. Во время Великой Отечественной войны работала в армии медицинской сестрой, участвовала в форсировании Днепра.

Только в 1947 г. снова обратилась в диспансер по поводу нерезко выраженного рецидива некоторых фобий, возникшего на фоне климакса.

Данная больная, по-видимому, принадлежавшая к сильному, уравновешенному и подвижному типу высшей нервной деятельности и к специальному среднему, подверглась ряду повторных психотравматизаций в виде чрезвычайно сильных для ее нервной системы «трудных встреч», сопровождавшихся крайним эмоциональным напряжением.

В итоге возникло хроническое перенапряжение основных корковых процессов, что привело к срыву тормозного процесса с резким падением положительного тонуса коры мозга и патологическим превалированием подкорки. На этой основе возник сложный комплекс фобий, в основе которых лежали изолированные корковые «больные пункты», образовавшиеся по физиологическому механизму временной связи. В основе же некоторых других развившихся таким путем симптомов навязчивого невроза лежали «больные пункты» коры мозга с застойностью раздражительного процесса. Отсюда наш диагноз: навязчивый невроз в виде полифобий.

Следует сказать, что если до заболевания больную можно было отнести к сильному типу высшей нервной деятельности (судя по ее поведению в период гражданской войны), то в дальнейшем вследствие ряда перенесенных тяжелых психических травм ее нервная система была резко ослаблена. Тем не менее прирожденные свойства прежнего сильного типа, по-видимому, могли сказаться в том быстром и стойком выздоровлении, которое наступило после психотерапии. Спустя много лет, уже в климактерическом периоде, у нее, очевидно, в связи с пониженным при климаксе тонусом коры мозга возникло новое ослабление корковых процессов, которое привело к тому, что некоторые из фобий вновь стали спорадически проявляться, хотя и в ослабленной форме (наблюдение автора).

Приведем другой пример сложного невроза.

2. Больная Б., 42 лет, доставлена к нам дочерью в феврале 1932 г. с жалобами на подавленное психическое состояние, резко выраженную апатию, полную неработоспособность, чрезмерную раздражительность, вспыльчивость «до помрачения рассудка», общую физическую слабость, постоянные боли в области сердца,

головные боли и неприятные ощущения в области малого таза. Особенно же ее тяготят бессонница, постоянное чрезмерно повышенное сексуальное возбуждение и эротические сновидения (каждую ночь). При этом крайне угнетена полной безрезультатностью лечения, как и упорной борьбой с описанным состоянием, особенно резко проявлявшимся с 1918 г. и непрерывно прогрессирующим вопреки стремлению больной к выздоровлению «ради детей и ради дела».

В детстве была тихой, способной девочкой, училась хорошо, до 1908 г. была здорова, жизнерадостна, уравновешена, энергична. С 1905 г. (с 15 лет) занималась подпольной революционной работой и, будучи очень активной, выполняла ответственные задания, связанные с большим риском. В 1907 г. была дважды арестована, а в 1908 г. сослана в Сибирь. В Челябинской тюрьме 5-дневная обструкция и голодовка, во время которой при столкновении с часовым получила удар прикладом ружья в правое ухо и висок. Упала, потеряв сознание. После этого развилось угнетенное состояние, длившееся несколько месяцев, повышенная нервозность, наклонность к слезам, тревожный сон, плач во сне, бывали «нервные припадки с судорогами» и частые приступы болей в ушибленном месте головы. После тюрьмы жила в ссылке (на поселении), самочувствие улучшилось, осталась лишь некоторая повышенная нервозность. Наряду с работой по специальности усиленно занималась самообразованием. В 1910 г., будучи в ссылке, вышла замуж по любви, прожила с мужем 5 лет, однако в половом отношении полного удовлетворения не получала. Через год после замужества родила сына. За 2 месяца до родов была арестована и провела эти 2 месяца в тюрьме. Через 2 года родила дочь. В течение всего времени с 1912 по 1916 г. была относительно спокойна, лишь изредка бывали боли в месте ушиба головы.

С 1916 г. усилилась раздражительность, которую связывает с гиперсексуальностью и аморальным образом жизни мужа.

В 1918 г. перенесла ужасы ярославского контрреволюционного восстания и пожара, а затем тяжелую болезнь своих детей. После ярославских событий покинула мужа и с двумя детьми уехала в Сибирь, где в весьма тяжелых условиях с большим напряжением вела подпольную работу. В 1919 г. перенесла сыпной и брюшной тиф, крупозное воспаление легких. Тяжелые условия работы ухудшили состояние ее здоровья, изредка стали появляться реактивные судорожные (судя по описанию больной) припадки как реакция на пережитое и на трудные для нее условия фронтовой жизни. В 1920–1921 гг. вела активную общественную работу в Сибири. Этот период жизни больной характеризуется умеренно повышенной нервной возбудимостью, нерезко выраженным половым чувством, редкими реактивными судорожными припадками. С 1921 по 1924 г. работала в Житомире в детском доме в качестве воспитательницы дефективных детей. В 1923 г. писала свои воспоминания, что усилило ее невротическое состояние, в связи с чем участились судорожные припадки с потерей сознания, кошмарные сновидения, воспроизводящие пережитое ею. Наряду с этим бывали и тяжелые эротические сновидения, обусловленные перенапряжением сексуальной сферы, которое давало о себе знать с 1919 г., но тем не менее обычно подавлялось без особого напряжения. Однако такое состояние повышенной сексуальной возбудимости, как

и общей возбудимости (с припадками), нараставшее в течение года, сделало ее «тягостной и для самой себя, и для окружающих». В 1924 г. 2,5 месяца лечилась в санатории (физотерапия). Выписалась с небольшим улучшением.

После возвращения из санатория обратилась к врачу с просьбой облегчить ее состояние и восстановить работоспособность, но получила сильно травмировавший ее психику ответ: «Выходите замуж! Нужно работать! Больше ничего не могу сказать и сделать». Зародилось отрицательное отношение к медицине.

В 1925 г. пережила психическую травму – потеряла важные служебные документы. В результате возник острый аффективный приступ: двигательное возбуждение в течение нескольких часов, сумеречное состояние сознания (со слов больной). Помещена в психиатрическую больницу, где пробыла несколько месяцев (диагноз: истерический психоз). Выписалась в хорошем состоянии во всех отношениях.

В 1928-1929 гг. работала на картонажной фабрике. Здесь у нее проявлялась повышенная раздражительность, неуравновешенность, вспыльчивость: была «злая». Состояние особенно резко ухудшилось в 1929 г., когда ко всему этому присоединились упорные боли в животе. В поликлинике ставились диагнозы колита, подвижной почки, аппендицита. Была на курортном лечении на Березовских минеральных водах, которое облегчения не дало: боли и состояние повышенной раздражительности и аффективности продолжались.

В 1930-1931 гг. работала в качестве заведующей детским санаторием. Все эти годы половая возбудимость нарастала, однако больная ни с кем не вступала в половую связь и постоянно боролась с этим чувством. Все же в 1931 г. в течение одного месяца имела половую жизнь. Это ее несколько успокоило, но не дало морального удовлетворения, и она порвала связь. Относительно успокоившееся половое возбуждение с течением времени снова вспыхнуло, усилилась и общая раздражительность. Появились кошмарные сновидения и не только эротического характера, но и из пережитого прошлого (тюрьма, фронт, ссылка и пр.). К весне 1932 г. общее состояние еще более ухудшилось: стала крайне неуравновешенной, аффективной, сделалась невыносимой для окружающих, получила кличку «злой истерички». Резко снизилась работоспособность, возникло подавленное состояние и мысли о самоубийстве как единственном выходе.

Получила путевку в Бердянск (ныне курорт Осипенко), но там чувствовала себя очень плохо: если до курорта приступы полового возбуждения ею подавлялись, то здесь «борьба с самой собой» стала бесплодной, в связи с чем все более проявлялась общая раздражительность, усиливавшаяся вследствие «тщательного скрывания своего состояния от окружающих». Другие причины также ухудшали ее состояние. Так, кинокартина из эпохи гражданской войны и вечер воспоминаний партизан вызвали у нее судорожный припадок с потерей сознания. Кроме того, возникли тяжелые переживания, связанные с грубым отношением к ней одного из врачей, считавшего ее «неизлечимой и невыносимой истеричкой». Все это довело ее до отчаяния и она совершила попытку само-бийства.

Возвратилась домой в угнетенном состоянии, «без надежды на выздоровление». Здесь, «не находя выхода из своего невыносимо тяжелого остояния», общей

нервозности, раздражительности, тоски и непреодолимого эротизма, она вновь сделала попытку самоубийства (через повешение), но была вовремя спасена дочерью. После этого случая она и была приведена к нам.

Больная обратилась с просьбой направить ее на психотерапию, чтобы «избавить от эротизма, дать ей сон и восстановить работоспособность». Она подчеркнула, что это ее «последняя надежда и последняя попытка лечиться». В медицину не верит. «По-видимому,– говорила она нам,– врачи еще не могут понять того, что делается с такими больными, как к ним нужно подходить и как их лечить!»

Учитывая тяжелое душевное состояние, отсутствие веры в выздоровление и восстановление работоспособности, а главное, наличие гиперэротизма и связанной с этим бессонницы, мы нашли необходимым создать у больной оптимистическое настроение и устранить главный раздражавший этиологический фактор – сексуальный. В течение получаса удалось погрузить ее в глубокую дремоту, во время которой делались внушения: «Пережитое забыто, сексуальное возбуждение больше не беспокоит сон крепкий и спокойный, без сновидений» и т. д. После этих внушений был проведен одночасовой сеанс внушенного сна-отдыха с повторами внушениями: «Сейчас испытываете полный отдых от всего пережитого!» После сеанса больная ушла в значительно успокоенном и облегченном состоянии.

Придя через 2 дня на 2-й сеанс, заявила, что эти 2 дня она себя так хорошо чувствовала, как давно уже не помнит!» Днем была значительно спокойнее, вечером, почувствовав половое возбуждение, поборола его путем отвлечения внимания и вскоре заснула, ночью было одно эротическое сновидение. В следующую ночь такое же сновидение снова лло, но уже без каких-либо сопровождающих ощущений. Второй сеанс психотерапии с последующим внушенным сном-отдыхом был проведен в глубоком сне.

Третий сеанс был проведен через день также во внушенном сне. За это время не было ни эротических мыслей днем, ни сновидений ночью; засыпала без эротических картин, спала хорошо две ночи. Днем был испуг, но перенесла его спокойно. Чувствует себя как бы обновленной: могу сказать, что не чувствовала себя так 20 лет!» Появился интерес жизни, влечение к труду. Отметила, что «впервые перестало болеть сердце», которое уже давно ее беспокоило. В последующие две ночи сновидений не было. Не сразу засыпает, но спит хорошо, эротических мыслей нет, вполне уравновешена, хочет работать, появился аппетит, сексуально спокойна. Спустя неделю смогла спокойно рассказать несколько эпизодов из своей прошлой жизни, в свое время сильно травмировавших психику.

Спустя еще одну неделю, по словам больной, «самочувствие прекрасное»: окружающие удивляются ее перемене к лучшему, начала шить, чего не могла делать с 1918 г. Уравновешена, «не злая»; спит по ночам крепко, сексуально спокойна. Рассказывает о своих прошлых переживаниях, «удивляясь своему спокойному отношению к печальным воспоминаниям, связанным с прошлым». Еще через неделю в предварительной беседе перед сеансом решилась рассказать о перенесенном ею в прошлом тяжелом сексуальном издевательстве над нею ее мужа, удивилась спокойной передаче пережитого.

Были служебные неприятности, перенесла их спокойно. Ночью было эротическое сновидение, проснулась, но сейчас же заснула снова.

Спустя месяц после начала психотерапии сексуально спокойна, ночной сон без сновидений. По словам подруги, знавшей больную с юных лет и жившей с нею до 1932 г., больная «переродилась и стала такой тихой и доброй, какой была до 1908 г.». По словам дочери, «мама стала неузнаваемой, совсем другой: раньше малейшая неприятность ее раздражала, вызывала плач и обмороки. Теперь этого нет, она совсем спокойна и весела. В последующие дни самочувствие хорошее, работала в торговой сети. Несмотря на суетливую и нервирующую работу продавщицы, она все же была уравновешенна, спокойна; при общении с покупателями не нервничает, хотя поводы к тому и бывают. Через 2 месяца появились менструации, эротического возбуждения не было, бодра, настроение и самочувствие хорошие.

Этими 12 сеансами психотерапии во внушенном сне мы ограничили курс лечения, так как их оказалось достаточно, чтобы, как выразилась больная, «вновь вернуться к здоровой трудовой жизни и быть спокойной в сексуальном отношении».

Через год после начала лечения она снова была на санаторном лечении в том же санатории в Осипенко. Оттуда мы получили от нее письмо следующего содержания: «Никаких прежних болезненных проявлений не испытываю, сохраняется бодрое и хорошее состояние, сплю глубоким сном, как вы мне внушили. Лечащий меня врач заявил, что я “нисколько не напоминаю ту, какой я была раньше”» (этот врач наблюдал больную на курорте). Положительный катамнез до 1950 г. В период Великой Отечественной войны была эвакуиорована, вела активную общественную работу, демонстрировалась на конференции врачей (рис. 84).

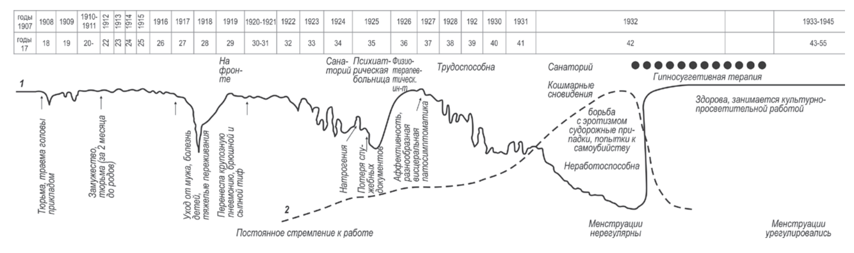


Рис. 84. Схема развития и эффективности гипносуггетивной терапии.
1 – самочувствие больной, 2 – сексуальная возбудимость.

Интерес данного случая заключается в сложности этиологических факторов: смешанная травматизация – физическая травма головы и ряд пережитых тяжелых пролонгированных психических травм с длительным упорным перенапряжением тормозного процесса. В то же время нервная система больной, повидимому, относилась к сильному типу. Так, в первые годы после пережитых психических травм работоспособность ее быстро восстановилась, а стремление к выздоровлению оставалось сильным и доминирующим. Кроме того, результат психотерапии был быстрым и стойким. В итоге длительного перенапряжения тормозного процесса

в области сексуальной сферы произошел срыв. Картина срыва выразилась также в виде суицидальных попыток. Таким образом, доминирующим фактором было «буйство подкорки». Немалую роль сыграли и случаи ятрогении, обусловленной полным непониманием врачами последствий длительной и многократной психической травматизации.

Так как кора мозга больной была в состоянии резко сниженного тонуса, больная оказалась хорошо гипнабильной. В силу этого примененная нами психотерапия дала стойкий положительный эффект. Больная стала спокойной, уравновешенной и работоспособной. Возобновились менструации, прекращение которых было вызвано именно невротическим состоянием, а не климаксом (42 года), как это считалось врачами.

Результат лечения был весьма стойким: он сохранялся в течение последующих 20 лет. Наш диагноз: пролонгированный реактивный истерический невроз в тяжелой форме.

Следует отметить, что анамнез удалось установить окончательно лишь после 3 первых сеансов внушения во внушенном сне и последующего внушенного глубокого ночного сна, когда корковая динамика больной уже несколько нормализовалась. При этом подтвердились наши предположения о преморбидно сильном типе нервной системы данной больной, резко ослабленном сложной травматизацией (физической и психической). Это и привело к истериодизации личности, что лечащими врачами было неправильно принято за проявление якобы «конституциональной» истерии.

Остановимся еще на одном наблюдении, сложном как по этиологии и патогенезу, так и по клинической симптоматике.

3. Больная К., 29 лет, научный работник, обратилась к нам в ноябре 1937 г. Физически истощена, вследствие чего вынуждена лежать в постели. Предъявляет жалобы на чрезмерную раздражительность, угнетенное состояние, общую слабость, крайне тревожный сон, отсутствие аппетита, боли в подложечной области, особенно после еды. Уверена в своей неизлечимости, угнетена постоянными тяжелыми мыслями, хозяйство и дети заброшены. Болеет в течение 6 лет, причем все виды лечения, применявшиеся терапевтами, безрезультатны. До того была совершенно здорова и работоспособна, уравновешена и энергична. Наследственность здоровая: дед и бабка по линии матери прожили до 100 лет.

Анамнез (со слов мужа): до заболевания была здорова, работоспособна, энергична. Шесть лет назад тяжелые роды с осложнениями, после родов в течение 2 месяцев была упорная экзема в нижней части живота и на бедрах, в связи с чем больная стала крайне раздражительной. Через 2 года вторые роды; родила двух близнецов. После родов вновь возникла экзема, державшаяся в течение 4 месяцев. Раздражительность снова стала нарастать. По ее словам, муж и дочь, которую вообще недолюбливает, ее «особенно раздражают!» Появилась эмоциогенная рвота, стала развиваться мнительность и постоянные тревожные мысли, возник чрезмерный страх третьей беременности, в связи с чем избегала половых сношений. На этой почве происходили конфликты с мужем. Однако через год

снова забеременела, произведен аборт, сопровождавшийся обильным кровотечением. В связи со страхом перед новой беременностью постоянно наблюдаются слезы, чрезмерная раздражительность, общая слабость. Больная проводит по 2-3 ночи без сна или же часто пробуждается среди ночи в страхе, с учащенным сердцебиением, в холодном поту. Возникла «забывчивость», рассеянность, быстрая утомляемость, причем к концу года уже совсем не могла работать, впала в резко угнетенное состояние, почти ничего не ела и ее кормили насильно. Муж и дочь стали раздражать ее еще больше. С течением времени ухудшение прогрессировало, возникли полиальгии, эмоциогенные экземы, развилась чрезмерная внушаемость и самовнушаемость вплоть до признаков ложной беременности, появления на коже опухолевидных образований и болевых ощущений. Так, однажды у нее на руке возникла болезненная гематома после того, как она увидела, что велосипедист сильно поранил себе руку. Все это появлялось также после разговоров о болезнях. Так, когда она узнала, что у ее матери язва желудка, у больной стали после еды возникать боли в подложечной области. Решив, что «и у нее язва желудка», она перестала есть и почти голодала. Затем, под влиянием мыслей о возможной беременности у нее вновь стали проявляться соответствующие симптомы (нагрубание молочных желез, усиление пигментации ареол, затем тошнота, рвота и другие проявления токсикоза). Диагноз: глубокая истерия, требующая длительного лечения и перевоспитания.

Вследствие длительного перенапряжения тормозного процесса у больной, по-видимому, принадлежавшей к сильному варианту слабого общего типа высшей нервной деятельности и к специальному художественному, постепенно значительно ослабел тонус коры мозга и на этой почве развилась картина глубокого реактивного истерического невроза. При анализе причин, обусловивших возникновение заболевания, была выяснена прямая его связь с теми конфликтами, которые у нее были с мужем. Однако причина была более глубокой, связанной с супружеством и семейной жизнью вообще. Дело в том, что, отдавая много времени научной работе, больная была далека от «мелочных интересов» семейной жизни и потому считала, что материнство будет прямой помехой ее научному движению вперед. Выходя замуж без большой охоты, она не желала иметь детей. Первые 3 года замужества протекали для нее спокойно, хотя и при некоторой настороженности в отношении беременности, державшей ее в известном психическом напряжении. Однако в дальнейшем муж настойчиво пожелал иметь детей. Наступили «ненавистные беременности», тяжелые роды и последующие хирургические вмешательства. Все эти факторы явились для нее сверхсильными раздражителями, обусловившими перенапряжение и срыв ее высшей нервной деятельности.

Таким образом, больная постоянно находилась в условиях ошибки противоположных корковых процессов: она тормозила свои стремления к самостоятельности и должна была мириться с ненавистной ей ролью «семьянинки». В этой конфликтной обстановке «единственным виновником неудавшейся жизни» стал ее муж, к которому больная стала проявлять неприязненное отношение.

Учитывая характер данного невроза и его структуру, мы после безрезультатных разъяснительных бесед решили провести психотерапию во внушенном сне (без применения каких-либо других лечебных средств) с последующим длительным внушенным сном-отдыхом после каждого сеанса. Все попытки успокоения и разъяснения, проводившиеся в бодрственном состоянии, больную лишь раздражали. Как можно было ожидать, больная оказалась хорошо гипнабильной и при первой же попытке усыпления быстро и глубоко заснула. Во внушениях во время внушенного сна мы повторяли все то, что говорилось нами в бодрственном состоянии больной: мы обнадеживали больную в выздоровлении, в возвращении трудоспособности, в возможности вести научно-исследовательскую работу и при сложившейся семейной обстановке. Внушали положительное отношение к мужу и детям и т. д. Наряду с этим внушался спокойный ночной сон, хороший аппетит, забвение перенесенных переживаний. После 1-го сеанса внушений во внушенном сне отмечено резкое улучшение: в тот же день впервые за долгое время больная после еды не испытывала болей, всю ночь спала хорошо. После следующих 3 сеансов был ликвидирован весь синдром. Положительный катамнез 16 лет: работоспособна, уравновешена, адекватна как и до болезни, плодотворно работает по своей специальности, совершенно не проявляя прежних признаков истерии. По выздоровлении дважды демонстрировалась на декадниках Украинского психоневрологического института. Диагноз: ситуационный реактивный истерический невроз (наблюдение автора).

Интерес описанного случая заключается в том, что характер клинического синдрома давал все основания диагностировать у больной тяжелую конституциональную истерию, якобы обусловленную крайним слабым типом нервной системы. Однако анализ прошлого, а главное быстрый и стойкий эффект гипносуггестивной психотерапии говорили о том, что у данной больной имелась пролонгированная истерическая реакция, обусловленная ломкой динамического стереотипа, происшедшей вследствие неблагоприятно сложившейся семейной ситуации, получившая затяжной характер. Путем соответствующей психотерапии отношение больной к этой ситуации было изменено, что и привело к устранению всего патологического синдрома.

Следующая больная отличается значительной инертностью корково-подкорковой динамики, относящейся к эмоциональной деятельности.

4. Больная С, 35 лет, обратилась с жалобами на крайнюю раздражительность, причем при раздражении говорить тихо не может, «чем больше раздражается, тем больше кричит», часто до исступления, до потери голоса. После успокоения ей «делается очень стыдно за свои поступки», причем в спокойном состоянии она «обещает не допускать себя до этого», но при раздражении все повторяется снова. Постоянно находится в состоянии волнения и страха: «Волнуюсь без всякого повода и при малейшем поводе!» Ночью просыпается при малейшем шорохе (или шагах за окном) и начинает «не своим голосом» вскрикивать: «Кто там?» или просто «А-а-а!» (обязательно три раза). При этом чем сильнее она раздражена, тем сильнее кричит. Больная отмечает, что если она кем-либо обижена или чем-либо расстроена, то мысль об этом ее ни на минуту не оставляет. Под впечатлением каких-либо пережитых приятных событий, а больше плохих может находиться

продолжительное время – до месяца и больше.

Среди других четко выраженных симптомов застойной инертности обращают на себя внимание: длительно сохраняющиеся в течение всей жизни больной – острое чувство утраты близкого человека, навязчивое стремление сохранять остатки пищи после обеда и, наконец, «страх быть напуганной». Переходим к более детальному рассмотрению причин, способствовавших развитию этих явлений, и к их устранению путем психотерапии.

1. Многолетнее переживание острого чувства утраты близкого человека. В течение всей жизни находится под впечатление смерти своей матери. С малых лет была круглой сиротой: когда она была в возрасте одною года, умер ее отец, а в 4 года она потеряла мать. В течение всей своей жизни продолжает тяжело переживать утрату матери, а слово «мама», будучи уже взрослой, не может произносить спокойно: «тотчас же заливают слезы», причем она сутками продолжает плакать. Однажды она в 35-летнем возрасте демонстрировалась на научной конференции, спокойно рассказывая о своих фобиях, но, дойдя до слова «мама», расплакалась и дальше ничего сказать не могла. Особенно сильно переживает, когда видит свою мать во сне: в этих случаях плачет, не переставая, по трое суток. С малых лет любимой ее игрой были похороны. Играя «в похороны», всегда плачет о своей матери. Будучи уже взрослой, продолжает считать, что причиной всех ее неудач и несчастий является отсутствие матери, и по этому поводу «долго горько рыдает, как маленькая».

2. Навязчивое стремление прятать небольшие остатки пищи, продиктованное страхом перед будущим. Ее самостоятельная жизнь началась в тяжелые годы. Она систематически недоедала и вечно боялась, «что завтра не будет и того незначительного количества пищи, какое она имеет сегодня». Поэтому она всегда оставляет часть продуктов «на всякий случай, на завтра». Так, если варит кашу, то хотя и мало крупы, она все равно немножко оставляет ее в пакете; так же поступает с сахаром, хлебом, маслом. Приготовленную пищу тоже оставляет в кастрюле, хоть ложку. Конечно, все это пропадает и выбрасывается, так как никто остатков не доедает. Зафиксировалась эта навязчивость в виде страха перед будущим. Поэтому ее всегда волнует вопрос: что и как с ней будет «потом», хотя никакого повода к подобным волнениям уже нет. Таким образом, возникший в прошлые годы страх перед будущим прочно зафиксировался.

3. Развитие фобий. Одним из источников ее фобий стал слышанный ею в детские годы рассказ о том, что «в соседнем лесу повесился человек, и теперь он бродит по домам и нападает на спящих». Кроме того, сыграли роль перенесенные испуги. Первый испуг она пережила в 17-летнем возрасте, живя в большой комнате общежития, в которой было 25 коек, причем занято было всего 5 коек, а остальные свободны. Однажды, вернувшись после 12 часов ночи, девушки улеглись спать и погасили свет. Внезапно кто-то начал сильными рывками дергать входную дверь, ведущую из коридора. При этом девушки якобы слышали, как дверной крючок

открылся и в комнату кто-то вошел босиком, после чего шаги затихли и в комнате «воцарилась мертвая тишина», так что не было слышно «никаких признаков живого существа». С. решила, что вошедший – «это и есть тот, повесившийся» и что он «подошел к соседней кровати, а сейчас подойдет к ней». От охватившего ее безумного страха у нее «начали отмирать ноги и так дошло до груди». Ее соседка по кровати тихо сказала: «Кричи, у нас кто-то есть в комнате!» «И я стала кричать душераздирающим криком, – говорила больная, – зовя брата из соседней комнаты». Как потом выяснилось, это были шаги прошедшего по коридору.

Второй испуг она пережила в возрасте 21 года: вернувшись в общежитие также после 12 часов ночи, когда свет в комнате уже был погашен, она услышала стук стулом. По обыкновению зажгла спичку, чтобы посмотреть, нет ли кого под кроватью, и увидела под столом мужскую руку. В испуге упала на кровать и стала истерически кричать, крик перешел в истерический смех, а смех сменился истерическим плачем, и ее долго не могли успокоить. Выяснилось, что это был студент, который зная ее пугливость, залез под стол, чтобы ее напугать.

С этого времени ее пугливость приняла патологический характер, сохранявшийся в дальнейшем в течение 19 лет. Если кто-нибудь подойдет к ней сзади, она истерически кричит, и чем ближе будет подошедший к ней, тем сильнее ее крик. Она боится оставаться одна в комнате или перейти из комнаты в комнату. Если больная находится в возбужденном состоянии, то при каждом шорохе или же внезапном прикосновении к ней она истерически кричит, причем обязательно три раза. Если она спала, то, проснувшись, продолжает кричать, так как «самостоятельно остановить себя не может». Поэтому ее муж, приходя домой, должен предварительно обдумать, как ему следует поступить, чтобы ее не напугать, так как, услышав его шаги или голос, она кричит. Чем тише голос, тем сильнее крик (парадоксальность силовых отношений). Но если она слышит сигнал издалека, то остается спокойной. Если она сама приходит домой, когда дома никого нет, то не ложится спать до тех пор, пока тщательно не осмотрит все помещение. И это повторяется ежедневно. Однажды ночью сторож прошел под окнами. Этого было достаточно, чтобы больная, услышав сквозь сон шаги, в испуге начала кричать, причем как всегда, остановиться не могла, пока неистово не прокричала трижды.

Находясь на улице вечером, боится зайти за угол дома. Если идет домой, то чем ближе подходит к двери своего дома, тем больше ею овладевает страх. Она уже не идет, а бежит, рывком открывает дверь и быстро ее за собой закрывает, причем уже не может пользоваться крючком или ключом, так как от страха руки и все ее тело дрожат, а на лице выражен сильнейший испуг: она все еще находится под впечатлением, что «за ней кто-то гонится» (ультрапарадоксальная фаза).

Врачи считают ее страдающей то конституциональной психастенией, то истерией. И только однажды, по ее словам, был поставлен диагноз: «невроз страха».

Состояние после психотерапии. По словам больной, выйдя на улицу после 1-го сеанса психотерапии, проведенного во внушенном сне, она почувствовала себя «обновленной». Ее впервые стало интересовать все окружающее, исчез страх, шла домой совершенно спокойно, а когда дочь хозяйски открыла комнату и с темного балкона в полутемную комнату зашла хозяйка, больная оставалась

совершенно спокойной, «даже не вздрогнула».

После 2 сеансов сообщила, что маленький сын ее «почти не раздражает», а еще после нескольких сеансов отметила, что впервые за всю свою сознательную жизнь чувствует себя очень бодро и хорошо, как здравомыслящий человек: абсолютно здраво реагирует, действует и рассуждает. Настроение бодрое.

Всего проведено 7 сеансов психотерапии в длительном внушенном сне. Впоследствии она писала: «Прошло 2 года с тех пор, как я лечилась внушением, и я не плачу. Однажды я обиделась на мужа и мне захотелось поплакать. Но как я ни старалась вспомнить самое жалкое и обидное, плакать не смогла: слезы только смочили мои глаза и больше ничего. Страхи почти совсем прошли, непроизвольных выкрикиваний не бывает. Настроение бодрое».

Итак, у данной больной наблюдалась выраженная инертность подкорковой динамики, превалирование раздражительного процесса и слабость тормозного, причем кора мозга, по-видимому, непрерывно находилась в фазовом состоянии («дымка торможения»). В этих условиях легко возникали и прочно фиксировались различные навязчивые состояния и действия (фиксированность на длительное время одной и той же эмоции, навязчивые поступки, навязчивые страхи). Путем 7 сеансов психотерапии, проведенных в длительном внушенном сне, был повышен тонус коры мозга, нормализовано соотношение основных корковых процессов и устранена патологическая инертность подкорковой динамики, вместе с чем исчезли и навязчивости.

Диагноз: навязчивый невроз. Больная, по-видимому, относилась к слабому общему типу высшей нервной деятельности и специальному художественному, обладала выраженной патологической инертностью подкорковой динамики (наблюдение автора).

Переходим к наблюдению, представляющему значительный интерес ввиду необычайности условий оказания психотерапевтической помощи.

5. Больная Б., 48 лет. В мае 1923 г. под влиянием неприятного письма внезапно развился двусторонний амавроз и мутизм. Применено внушение во внушенном сне, причем усыпление производилось при помощи двух раздражителей – словесного и тактильного (поглаживанием по лбу). Тотчас же наступил глубокий сон, во время которого восстановилась речь. Спящей разъяснялась связь причины (полученного ею письма) со следствием (возникшей вследствие этого потерей зрения и речи), проводилась успокоительная беседа, внушалось «восстановление после пробуждения речи и зрения». Постгипнотическое внушение реализовалось, но не вполне: речь и зрение на левый глаз восстановились, но правый глаз остался амавротичным. Как выяснилось, этот правосторонний амавроз имел 4-летнюю давность, не поддаваясь никакому лечению.

Характер амавроза для нас стал ясным, но вызвавший его ближайший момент оставался неизвестным: больная заявила, что это произошло в 1919 г., но при каких обстоятельствах, точно не помнит. Усыпив ее снова, мы заставили «вспомнить обстоятельства, предшествовавшие потере зрения». Таким образом, удалось выяснить связь амавроза с налетом петлюровской банды.

Сделано внушение: «Это все в прошлом, банды нет, вы спокойны, слепота на правый глаз исчезла, после пробуждения будете видеть обоими глазами!» Внушение реализовалось полностью. Был устранен и старый амавроз правого глаза 4-летней давности, диагностировавшийся офтальмологами как «ретробульбарный неврит». Восстановившееся таким путем бинокулярное зрение сохранялось в течение 2 лет. До гипносуггестивного вмешательства амаврозы возникали очень часто, но бывали кратковременными и самостоятельно прекращались.

Через 3 года нам вновь пришлось наблюдать у этой больной тяжелое истерическое состояние, развившееся после ряда длительных тяжелых переживаний: после внезапно наступившего судорожного припадка и 3-дневного летаргического состояния она проснулась, не имея зрения, слуха и речи. В течение нескольких дней оставалась в состоянии полной оторванности от окружающего мира. Свое волнение по поводу случившегося могла выражать лишь мимикой и жестикуляцией. На наше появление, словесные обращения к ней и сильные (над ушами) окрики не реагировала, тусклые глаза с расширенными зрачками бессмысленно переводились из стороны в сторону. Кожная чувствительность была сохранена – больная реагировала на прикосновение и на уколы булавкой. Так как нам уже была известна природа этого симптомокомплекса, был ясен путь и род лечебного воздействия. Однако если 3 года назад нам легко удалось устранить аналогичный симптомокомплекс, то на этот раз положение врача было почти безвыходным: полная заторможенность слухового анализатора исключала возможность воздействия словом как условным раздражителем (с целью вызвать гипнотическое состояние). Кроме того, лечению препятствовало и выпадение зрительного анализатора. То и другое лишало возможности получить ту «установку на врача», которая могла обусловить создание оптимального контакта, необходимого для образования зоны раппорта.

Наше намерение использовать глубокую кинестезическую чувствительность с целью контакта и узнавания потерпело неудачу. Мы несколько раз брали ее руку и водили ею по нашему лицу, но этот прием вызывал лишь мимическую реакцию недоумения и отрицания. Пассивное начертание на бумаге ее рукой нашей фамилии вызывало тут же реакцию. Несмотря на все старания, нам не удалось установить связь с больной и таким путем получить возможность словесного воздействия на нее.

Однако положение обязывало, и нужно было искать другие пути. Мы полагали, что если гипнотическое состояние есть действительно не что иное, как вызываемое условнорефлекторным путем тормозное состояние, то применявшийся у больной в прошлом (3 года назад) метод усыпления путем составного раздражения – тактильного (поглаживания) и слухового (слово) должен был бы, по нашему мнению, снова вызвать то же гипнотическое состояние. Поскольку условный рефлекс, выработанный на сумму двух раздражителей, может быть получен и на каждое слагаемое в отдельности (К. И. Платонов, 1912), то в данном случае можно было использовать лишь один из них, а именно тактильный (длительное поглаживание по лбу).

Действительно, после нескольких поглаживаний, сделанных при полном мол-

чании, больная стала успокаиваться, а через несколько минут заснула. Дыхание стало ровным и спокойным (14 в минуту вместо прежних 18), пульс с 98 ударов в минуту снизился до 86, возникло гипотоническое состояние мускулатуры: конечности, приподнятые над уровнем постели, быстро и грузно падали обратно и т. д. Восковая гибкость отсутствовала, состояние зрачков выяснить не удавалось, так как глазные яблоки были отведены внутрь и кверху, удавалось получить лишь слабую реакцию на значительные уколы булавкой. Больная спала с выражением полного покоя на лице.

Слуховой анализатор не растормаживался даже при сильных окриках, тем не менее растормозить его было необходимо. Тогда мы решили испробовать другой путь: производить одновременно и тактильное и болевое раздражение ушных раковин.

Мы стали всячески раздражать (уколами и подергиванием) кожную поверхность ушных раковин до появления мимической реакции со стороны больной. Одновременно с этим слуховой анализатор возбуждался словесными окриками. Мы пытались воздействовать и на речедвигательный анализатор, похлопывая по ее губам, вытягивая их вперед, отводя углы рта в сторону, опуская и приподнимая нижнюю часть, раздражая язык и т. д.

Вскоре стали появляться признаки ожидавшегося нами эффекта: постепенно, сначала с затруднениями, а потом все легче и легче получались ответы на вопросы. Тем самым через растормозившиеся слуховой и речедвигательный анализаторы была установлена связь с корой мозга спящей. Восстановление слуха (во сне) позволило сделать соответствующее словесное внушение о полном восстановлении после пробуждения функции всех трех анализаторов: слухового, речедвигательного и зрительного. Однако эффект получился частичный: проснувшись, больная могла говорить, но слух и зрение оставались заторможенными в прежней степени. Больная с нарастающей тревогой и волнением заявила, что она «не видит и не слышит».

Поглаживая по лбу, мы снова погрузили ее в сон. На этот раз во время внушенного сна деятельность слухового анализатора восстановилась быстро, а при наличии слуха и речи можно было провести анамнестическую беседу. Однако узнать ничего не удалось. Больная заявила, что «все надоело», «все раздражает», «устала жить». Внушен более глубокий сон и состояние полного отдыха. Затем было сделано следующее внушение: «вы вполне отдохнули, успокоились и после пробуждения будете не только слышать и говорить, но и видеть». Эффект получился, но опять неполный: слух и речь были восстановлены, а зрение – нет.

Снова привели больную в состояние сна, сделали повторное внушение в отношении восстановления зрения (после пробуждения). Эффект снова был отрицательный. Снова усыпили ее и для определения степени заторможенности зрительной зоны коры сделали внушение: «Продолжая спать, откройте глаза, и вы сможете видеть меня!» Внушение реализовалось в неполной мере: больная увидела только врача. Тогда было внушено: «После пробуждения будете видеть, так как зрение не утеряно!» Больная проснулась, но эффект опять был отрицательный. Ее снова усыпили и внушили возможность «видеть все находящееся в комнате». Внушение реализовалось: больная, продолжая спать, открыла глаза и пересчитала предметы и присутствующих родственников. Была внушена способность видеть после пробуждения.

Больная проснулась, с удовлетворением потягиваясь и зевая, но туг же выяснилось, что она опять не видит. Положение стало затруднительным. Тогда мы решили установить прямую связь расторможенной части зрительного анализатора в условиях сна с таким же его состоянием в бодрствовании. Для этой цели во время внушенного сна мы сделали следующее внушение: «Проснувшись, вы будете помнить, что в этом сне зрение ваше восстановилось, поэтому вы можете видеть и в бодрственном состоянии!» На этот раз эффект получился полный, и больная с радостью констатировала возвращение зрения. В течение 5 лет рецидивов не отмечалось (наблюдение автора).

Интерес случая состоите том, что патологическая инертность тормозного процесса распространилась главным образом на корковые зоны, соответствующие зрительному, слуховому и речедвигательному анализаторам. Заболевание возникло в период климакса, причем каждая «трудная встреча», особенно если она падала на сферу второсигнальной деятельности, приводила к функциональному выпадению одного или нескольких корковых анализаторов – зрительного, слухового и речедвигательного – при сохранности тактильного и болевого. Данное наблюдение интересно и в отношении приемов усыпления и устранения патологических симптомов. Нет сомнения в том, что в прошлом при усыплении сонное торможение создавалось у больной по механизму временной связи на составной условный раздражитель (слуховой и тактильный). Восстановление речи и слуха произошло у нее при помощи безусловных раздражений (механических и звуковых), а после ослабления торможения– и условных (словесных). Значительно труднее было устранить слепоту. Зрение было восстановлено ассоциативным путем: с помощью установления связи функционального состояния зрительного анализатора во внушенном сне с таким же состоянием в бодрствовании. По-видимому, решающее значение имели слова внушения: «После пробуждения будете помнить, что ваше зрение во время сна работало нормально!» Таким путем замыкалась условная связь между актом видения во время внушенного сна и корковыми следовыми процессами нормальной деятельности зрительного анализатора в прошлом в условиях бодрствования.

Как известно, у человека зрительный и слуховой анализаторы, содержащие «сенсорные центры речи», теснейшим образом связаны с речедвигательным анализатором, представляющим собой как бы «моторный центр речи». Постоянно взаимодействуя, анализаторы коры составляют структурную основу деятельности второй сигнальной системы (А. Г. Иванов-Смоленский, 1952). Естественно поэтому, что при узкой концентрации охранительного торможения оно специально задерживается именно в этих наиболее ранимых участках коры мозга. Таким путем и возникают явления сурдомутизма. По учению И. П. Павлова, разнообразная симптоматика является характерной чертой истерических синдромов: резко повышенная аффективность, судорожные разряды, ослабление интеллектуального контроля над аффективными вспышками, мучительное переживание

тягостных, травмировавших психику воспоминаний – все это находит объяснение в преобладании подкорковых функций над корковыми и первой сигнальной системы над второй.

Перейдем к рассмотрению другого наблюдения, также связанного с трудностью приемов психотерапии.

6. Больная Б., 32 лет, обратилась в апреле 1935 г. с жалобами на расстройство походки и стояния: самостоятельно стоять и ходить не может, но держась за что-либо или опираясь на спутника, может стоять или ходить много и долго. Ходит по комнате самостоятельно, лишь держась за что-нибудь, переходя от предмета к предмету, но идти через комнату по пустому пространству не может. Точно так же не может стоять, не держась за что-нибудь или за кого-либо. При попытке отнять опору больной овладевает сильное волнение, сопровождающееся приступом учащенного сердцебиения, выражением ужаса на лице, побледнением лица, похолоданием конечностей, появлением пота. Из-за такого состояния, чтобы скрыть от посторонних лиц свой дефект, выходит из дому только вечером с кем-либо из членов семьи. Днем же сидит дома, ограниченная в движениях. Больна 2,5 года, в последнее время переведена на инвалидность как хронически больная.

Настроение подавленное. Чувствует себя здоровой, желает работать, но из-за невозможности самостоятельно передвигаться обречена на бездеятельность. Последнее время ею овладевают упорные мысли о самоубийстве «в связи с невыносимостью создавшегося положения» и отсутствием надежды на выздоровление. Клиническое и курортное лечение безрезультатно. Больная производит впечатление здоровой и цветущей женщины. До настоящего заболевания всегда была здоровой, бодрой, подвижной, жизнерадостной, энергичной и работоспособной. Наследственность здоровая.

При исследовании не обнаружено отклонений от нормы и каких-либо симптомов органического поражения нервной системы: мышечная сила и координация движений в лежачем положении сохранены полностью, расстройства чувствительности нет, не обнаружено симптомов поражения мозжечковой системы. Весь синдром сводится к расстройству равновесия при стоянии и ходьбе с резко выраженной эмоцией страха. Анамнез (со слов больной, ее мужа и по данным наблюдавших врачей): 13/1 1933 г. больная была сбита автобусом, причем была отброшена в сторону, получив ушиб затылочной части шеи, и лишилась сознания. Через 2–3 дня почувствовала боль в области задней части шеи и затылка. Развились парапарез верхних конечностей и параплегия нижних. 5/2 была помещена в клинику нервных болезней, где пробыла до августа 1933 г. Объективно: черепномозговые нервы в норме, сухожильные рефлексы незначительно повышены, чуть больше слева, расстройство поверхностной чувствительности в дистальных частях ног незначительное расстройство глубокой чувствительности пальцев ног. Со стороны нервно-мышечной системы никаких патологических явлений не имеется. Моча в норме. Больная эмоционально возбуждена. Клинический диагноз: легкое кровоизлияние в области шейной части спинного мозга.

К моменту выписки из клиники нервных болезней в Киеве, в которой больная

находилась в течение 3 месяцев, она стала свободно двигать руками и ногами, но стоять и ходить без помощи не могла: ее охватывал страх упасть. Со стороны неврологического статуса симптомов; органического заболевания не было. Выписана с диагнозом психогении. Переходим к рассмотрению этиологии и патогенеза данного заболевания, заимствуя данные из описания больной. «На пятом месяце моей болезни, когда я, лежа в постели, уже могла делать свободные движения руками и еще с трудом ногами, в палату вошел врач соцстраха. Когда он стал спрашивать, как я себя чувствую, я стала показывать ему, как я двигаю руками, понемногу поднимаю ноги и даже показала, что я в состоянии сама поворачиваться. В ответ на это он безнадежно махнул рукой и сказал: «Вас переводят в инвалиды», и с этим ушел. Это меня привело в ужас. Меня охватил страх и покинула всякая надежда на выздоровление: слово «инвалид» и представление о безнадежности и никчемности, тяжелой обузе для семьи и окружающих буквально потрясли меня. Состояние мое резко ухудшилось. В июле была сделана попытка поставить меня на ноги: два санитара в присутствии врача подняли меня с постели и хотели поставить на пол, но колени у меня сразу же подкосились и я стала опускаться. Меня стали подтягивать вверх, но я беспомощно висела на руках санитаров. У меня закружилась голова и в мозгу прозвучало слово: «Инвалид!». Все это жутко меня испугало. Если до появления врача соцстраха у меня происходила борьба между верой и неверием в мое выздоровление, и в то, что я сумею ходить, то в этот момент я поняла, что никаких надежд уже питать нельзя и что я действительно инвалид. Эта начальная попытка встать на ноги закончилась длительным истерическим плачем: погибло все, вся жизнь, работа... Ведь я мать и жена, и мой долг обязывает меня заботиться о близких людях...»

В дальнейшем было несколько попыток водить больную. Но дело ограничивалось лишь тем, что «когда два санитара водили, то третьему приходилось водить ноги, переставляя руками одну ногу за другой». В таком состоянии больная была перевезена домой, где пробыла 2 месяца без всякого лечения. Больная сама приподняться на постели не могла, каждый раз кто-либо должен был помочь ей сесть в постели, потом спускали ноги и лишь при поддержке двух человек ее подводили к столу или выводили на балкон.

В сентябре 1933 г. больная была привезена в Сочи, принимала ванны в Мацесте (18 ванн) и к концу второго месяца лечения могла ходить с помощью одного человека, опираясь другой рукой на палку. Но все это сопровождалось большим напряжением и боязнью: «Как бы не упасть!» По приезде домой стала понемногу передвигаться по комнате самостоятельно, держась за мебель. Больную стали выводить на улицу. Встречи с сотрудниками по работе и прогулки мимо служебного учреждения были ей крайне неприятны и вызывали слезы.

В таком состоянии, без признаков улучшения, больная оставалась в течение года. В октябре 1934 г. вторая поездка в Сочи ничего не дала: после месячного пребывания на курорте вернулась домой в том же состоянии беспомощности и без надежды на выздоровление. По комнатам продолжала ходить так же, держась то за мебель, то за стены. Когда же врачи пробовали оставлять ее одну среди комнаты, у нее «начинала кружиться голова» и она «приходила в волнение, начинала

вся дрожать, хваталась за людей, за вещи и т. д., стараясь не потерять устойчивости». Однажды попыталась самостоятельно встать со стула и пойти по комнате, не держась за предметы. Но, встав, она «грохнулась на пол», что убедило ее в полной безнадежности ее состояния. Это была последняя попытка самостоятельного хождения. После этого она уже боялась это делать, и психическое состояние ее ухудшилось.

Безрезультатность лечения приводила больную в отчаяние, что поддерживалось переводом ее на инвалидность. При этом, когда больная и муж ее обращались к врачам с просьбой дать направление на психотерапию, они говорили: «Поскольку имеется изменение в мозжечке, этот способ лечения ничего не даст». «Единственно, что может дать психотерапия,– это устранить боязнь автомобилей, которых вы так боитесь»,– говорил ей один из врачей.

В последний год больная перестала обращаться за медицинской помощью, так как мысль о «повреждении мозжечка» отнимала у нее всякую надежду на «возможное излечение посредством психотерапии». Однако по настоянию близких она решилась обратиться за психотерапевтической помощью: это была «последняя надежда» больной.

Диагноз: навязчивый невроз, стазо-базофобия. Была применена психотерапия как в бодрственном состоянии, так и в дремоте, включавшая два периода.

В первом периоде была поставлена задача поднять веру в выздоровление. Однако успокоение, разъяснение и убеждение не оказывали никакого влияния на больную в бодрственном состоянии. Столь же безуспешными были и попытки самостоятельного стояния или ходьбы, являвшиеся мучительными из-за резко выраженного страха. Вместе с тем больная оказалась трудно гипнотизируемой, вследствие чего ее удалось усыпить лишь после нескольких сеансов настойчиво проводимого усыпления. Выполняя во внушенном сне делаемые нами внушения, она совершенно свободно и самостоятельно ходила по комнате. Мы пробуждали ее, когда она стояла посередине комнаты, и доказывали, что она может самостоятельно ходить по комнате, не боясь ничего.

Однако все это не приводило к положительному результату. Поэтому больной во внушенном сне было сделано внушение: «После пробуждения будете помнить, что, находясь во внушенном сне, свободно и без страха стояли и ходили». Внушение реализовалось не сразу, а лишь после 2 повторных сеансов. Тем не менее больная преисполнилась надеждой на выздоровление. Этому помогло также сделанное нами однажды постгипнотическое внушение: «В ночном сновидении увидите себя свободно ходящей по магазинам». В ту же ночь сновидение реализовалось. В последующей беседе мы разъяснили, что виденное ею сновидение также свидетельствует о возможности нормального хождения. Это окончательно укрепило ее уверенность в выздоровлении.

В последующие дни во внушенном сне ей внушалось: «Систематически упражняться дома в бодрственном состоянии в самостоятельном стоянии и хождении при содействии близких», что она аккуратно и точно выполняла. В результате всего этого через месяц после начала лечения она уже могла свободно ходить по комнатам и по двору, не боясь упасть, а через 1,5 месяца полностью возвратилась к трудовой деятельности.

Вполне здоровой была в течение 16 лет. Однако после этого, в 1953 г., у нее возник рецидив прежнего навязчивого невроза стазо-базофобии. Это произошло после оперативного вмешательства по поводу желчнокаменной болезни, сопровождавшейся в дальнейшем осложнениями. Больная пролежала в хирургической клинике 11 месяцев. После выздоровления наряду с неустойчивостью походки, обусловленной общей слабостью, обнаружились также явления стазо-базофобии с ярким репродуцированием следов пережитой ею катастрофы. Рецидив длился 2,5 месяца, пока в 1954 г. она не поступила в отделение неврозов Центральной психоневрологической больницы МПС, где была вновь проведена психотерапия, с тренировкой в самостоятельном хождении. Результат положительный. Демонстрировалась в 1935 и в 1954 гг. на врачебных конференциях в Украинском психоневрологическом институте и в Центральной психоневрологической больнице МПС (наблюдение автора).

Интерес данного наблюдения заключается в том, что больной была нанесена психическая травма врачом соцстраха, неосторожно сказавшим, что ее переводят на инвалидность. Это создало в коре ее мозга изолированный больной пункт, зафиксировавшийся вследствие сильной отрицательной индукции из подкорки на длительное время. По-видимому, больная принадлежала к сильному уравновешенному типу нервной системы. Однако физической и психической травмой ее нервная система была резко ослаблена, тем более что впоследствии больная долгое время лежала в клинике. Ятрогенный синдром был обусловлен именно длительно сниженным всеми этими факторами тонусом коры мозга. Но особенно психотравмирующее значение имели, конечно, слова врача соцстраха.

Наконец, приводим пример, хорошо иллюстрирующий характер того сложного комбинированного психотерапевтического воздействия, которое оказывается необходимым в отдельных случаях лечебной работы врача-психотерапевта.

7. Больная Н., 33 лет, обратилась в диспансер с жалобами на очень тяжелое состояние, возникшее у нее 4 месяца назад после ссоры с мужем. Как было выяснено в анамнестической беседе с больной, длительное время (около года) она страдает рядом навязчивостей: многократно моет руки и посуду, несколько раз проверяет перед сном все окна, двери, выключатели и темные места в комнате, приготавливает на ночь коробку спичек, которая должна быть положена под подушку. На ночь она многократно прощается со всеми членами семьи, причем она семь раз подряд произносит слова «спокойной ночи», на что все члены семьи должны ответить ей этими же словами также семь раз. Если же это условие кем-либо из них в точности не выполнено, больная и ее семья должны повторить снова всю эту процедуру. С этими навязчивостями больная безуспешно борется, пытается скрыть их от членов семьи. Но после последней ссоры с мужем все эти навязчивости резко усилились, а вместе с тем остро развились новые – страх сойти с ума, страх оставаться одной дома и страх выходить на улицу без мужа. Все это происходило в условиях аффективной напряженности и сопровождалось расстройством сна и нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Муж

больной и ее родственники, считая, что у нее развивается шизофрения, пытались успокаивать и уговаривать ее, а затем, не видя результатов, грубо запугивали направлением в психиатрическую больницу. Это еще более ухудшило ее состояние.

В дальнейшем из откровенных признаний больной удалось выяснить, что ближайшей причиной заболевания явилась ее неприязнь к мужу, складывавшаяся многие годы и имевшая свои серьезные основания. Свое 16-летнее супружество больная считала неудачным, так как по выходе замуж она оказалась в совершенно чуждой для себя обстановке. Будучи на 17 лет моложе своего мужа, мечтая получить высшее образование и таким путем стать выше той среды, из которой вышла и к которой тяготилась, она надеялась в своем муже найти для себя опору. Однако муж оказался деспотичным, замкнутым, скупым и крайне нечистоплотным. Он не считался с ее жизнерадостным характером, потребностями, жизненной целеустремленностью, запретил ей учиться в вузе или поступать на работу, создал неприемлемый для нее уклад жизни, принудив ее стать домашней хозяйкой. По словам больной, такая обстановка «душила» ее, порой ей хотелось уйти от мужа, но родившиеся вскоре двое детей заставляли ее «терпеть эту жизнь». Вместе с тем она боялась насмешек со стороны прежних друзей и знакомых за неудачный выбор мужа. Эти свои переживания она тщательно от всех скрывала, стремясь создать видимость «крепкой и здоровой семьи». Вместе с тем за 3 года до указанных острых невротических проявлений у больной проснулось сексуальное чувство, которое необходимой разрядки не получало из-за неприязни к мужу. Это повлекло за собой различные соматические нарушения. Год назад, когда она поделилась об этом с подругой, последняя сказала ей, что «половая неудовлетворенность вредно отражается на психике». С этого времени у нее возник страх за свое здоровье и начали постепенно развиваться навязчивости. Неприязненное чувство к мужу усиливалось также и потому, что, будучи фригидной при сближениях с ним, она в сновидениях переживала острые ощущения половой разрядки, якобы происходившей с предметом ее первой любви. После таких сновидений в ней боролись два противоположных чувства: с одной стороны, горькое сожаление, что посорившись со своим возлюбленным, она вышла замуж за теперешнего мужа, с другой стороны – чувство долга и признательности к своему мужу, который обеспечил в трудный период жизни ее материальное благополучие и был отцом ее детей. Таким образом, причиной заболевания явилась неблагоприятно сложившаяся семейная ситуация и столкновение жизненных интересов ее и мужа, что и привело к нарушению жизненной целеустремленности больной.

Назначена психотерапия, начаты беседы разъяснительного и воспитательного характера, подкрепляемые сеансами гипносуггестивной психотерапии и следовавшим после каждого сеанса длительным (по 1-1,5 часа) внушенным сном-отдыхом. В беседах больной разъяснялись патогенетические механизмы ее болезненных симптомов и ошибочность ее представления об их неустранимости. Развитие у нее резкого аффективного состояния во время ссоры с мужем ей было объяснено острым срывом основных корковых процессов, в течение длительного времени находившихся в состоянии постоянного перенапряжения, с преимущественным «истязанием» тормозного процесса. Ее навязчивый страх сойти с ума связывался с указанным выше объяснением подруги и запугиванием ее направлением в психиатрическую больницу. Ее навязчивое мытье посуды и рук было объяснено ее чувством брезгливости к мужу, который всегда был неряшлив в быту и проявлял непомерную жадность во время еды. Навязчивые действия в виде многократных проверок (и только вместе с мужем) запоров всех окон и дверей, осмотра темных мест в доме, приготовления на ночь спичек и в виде ежедневного семикратного прощания на ночь с каждым членом своей семьи, по-видимому, развились по физиологическому механизму самовнушения и оживления следов перенесенного много лет назад страха темноты. Навязчивое семикратное прощание на ночь с каждым членом семьи, вероятно, имело в своей основе страх быть ночью внезапно увезенной в психиатрическую больницу и никогда более никого из членов своей семьи не увидеть.

Всего было проведено 12 сеансов комбинированной психотерапии, причем в первую неделю сеансы проводились ежедневно, затем через день, потом два раза в неделю и наконец один раз в неделю. Большая психотерапевтическая работа с больной имела своей целью успокоить ее, уверить в необоснованности ее страха сойти с ума и в полной возможности излечения от других навязчивостей. Вместе с больной были обсуждены необходимые мероприятия, обеспечивающие ей нормальную жизнь. Был вызван муж, его убедили в необходимости поступиться некоторыми его привычками и взглядами на семью. В результате для больной были созданы новые условия в семье. Из положения домохозяйки они была переведена в положение студентки. После проведенного 2-месячного лечения ее душевное равновесие полностью восстановилось, навязчивые страхи и действия исчезли, вернулось расположение к мужу. Вместе с тем она смогла заниматься в институте, а закончив его, поступила на работу, чем и достигла осуществления своей жизненной цели. Диагноз: истерический невроз в форме полифобий и навязчивых действий. Положительный безрецидивный катамнез 6 лет (наблюдение М. И. Кашпур, 1961)

По-видимому, больная относилась к сильному варианту слабого общего типа высшей нервной деятельности, ибо срыв произошел лишь в результате длительной борьбы, происходившей в условиях крайне трудной для нее жизненной ситуации. Для устранения заболевания потребовалось проведение в бодрственном состоянии ряда психотерапевтических бесед в форме успокоения, разъяснения и убеждения, сопровождавшихся каждый раз длительным внушенным сном-отдыхом, в котором повторно делались речевые внушения, закреплявшие созданные в коре головного мозга новые динамические структуры. Из всех симптомов наиболее стойкими оказались навязчивости.

Интерес случая заключается в том, что напряженная и крайне запутанная жизненная ситуация привела к развитию сложного комплекса навязчивостей. Устранение заболевания потребовало распознавания патогенеза и длительного применения приемов комбинированной психотерапии.

В заключение приводим примеры невротических заболеваний, патологическая симптоматика которых относится почти исключительно к сфере деятельно-

сти второй сигнальной системы.

8. Больная И., 34 лет, обратилась с жалобами на появляющееся временами навязчивое состояние, которое мешает ей работать: «Не понимаю, как человек мыслит, и все время об этом думаю». «Две силы во мне борются: одна заставляет думать, а другая – не думать об этом». Все это впервые возникло 16 лет назад, после того как над ней была проделана злая шутка: когда она возвращалась с молодым мужем из загса, недоброжелательно относившаяся к ней старуха соседка намеревалась перебежать им дорогу с пустыми ведрами. Заметив это, она с мужем поспешила пройти дальше. Старухе не удалась ее затея, в связи с чем она бросила им вслед ряд неодобрительных возгласов. Все это произвело на больную, бывшую крайне суеверной, сильное впечатление, и с тех пор она стала бояться этой старухи и ее дочерей.

После этого случая у нее начались головные боли, причем «все видела в тумане», а предметы воспринимала «окруженными туманом». Через год это явление исчезло, но появились приступы «давящей» мысли о том, «как человек мыслит». Когда появлялась эта мысль, больная, по ее словам, на некоторое время теряла свое «я» и лишалась возможности последовательно мыслить. У нее возникало пессимистическое настроение, эти мысли не давали возможности владеть собой: «Мой мозг будто что-то сдавливает». Кроме того, – как она говорила, – возникает какая-то «ограниченность мышления», что сопровождается такими страшными головными болями, что «мозги горят», в голове такой сильный шум и звон, что иногда она не слышит обращенных к ней слов.

Бывает и так, что, войдя в комнату, она не знает, на что обратить внимание и о чем надо думать. При этом ее мышление «вдруг становится абсолютно конкретным»: каждое слово должно выразиться в форме какого-нибудь реального образа, так как «возможность абстрактного мышления совершенно отсутствует». Так, если слышит слово «хорошо», то не понимает, что оно означает. Таким образом, по выражению больной, «мозг работает, а душа, если можно так сказать, отсутствует». Она чувствует, что она одновременно и нормальная, и ненормальная: «Сознаю это и переживаю». Однако ни одного ненормального поступка не совершила.

Условия возникновения приступа: приступ сам по себе не возникает, он всегда связан с воспоминанием о причине ее заболевания, причем провоцирует его, например, или встреча женщины с пустыми ведрами, или встреча с этой старухой и ее близкими, или воспоминания о приступах, или услышанное слово «сумасшедший». При этом сразу появляются мысли: «Как люди мыслят?», «Как люди должны быть нормальными?». Развивается внутренняя борьба и начинается головная боль. Затем приступ или столь же быстро прекращается (самостоятельно или в результате этой борьбы), или же принимает затяжной характер. Иногда приступа не бывает в течение целого года. Так, за пять лет было только три приступа: два непродолжительных – по одной неделе, а один в течение месяца. В светлые промежутки между приступами чувствовала себя прекрасно.

Болеет с 17-летнего возраста. Однако смогла окончить педагогический институт, работала преподавательницей, последнее время занимается счетной работой. Кроме того, активно участвует в общественной работе.

Наследственность здоровая, развивалась нормально. Но во время приступа работоспособность снижается чуть ли не на 70%. В эти дни все время держится за голову: «Не живу, а мучаюсь... Живу в постоянном страхе перед приступом, и нет никакой уверенности в излечении».

Отмечает следующий случай: однажды, когда она, будучи в состоянии приступа, сильно обожгла себе в бане руку горячей водой, тотчас же исчезли навязчивые мысли. Возвращалась домой уже освобожденной от них. После этого приступ долгое время не возобновлялся (результат отрицательной индукции, вызванной сильным раздражением рецепторной – болевой – зоны коры). Когда она выезжает из своего города, приступ прекращается. Вообще вне этого города чувствует себя хорошо, приступов не бывает.

Как мы выяснили, во время приступа у нее нередко наблюдается диссоциация деятельности сигнальных систем, причем ослабевают попеременно то первая, то вторая. Сама больная описывает это так: «Смотрю на лампу, но воспринимаю ее безучастно и холодно, будто что-то мне мешает воспринимать ее глубинно. Смотрю на портрет Чайковского, и это мне ничего не говорит, воспринимаю как-то ограниченно, в узком масштабе, не в широком понимании, причем рассеивается понятие о нем... В здоровом же состоянии, смотря на лампу, я ее осмысливаю, понимаю ее назначение, одним словом, воспринимаю ее в широком смысле». Иногда же, наоборот, у больной происходит значительное ослабление функций первой сигнальной системы. Так, идя по улице, она «не чувствует своего тела, своей фигуры» и ей кажется, что «идет одно только мышление». В это время не может представить себе, какова прическа на голове, смотрит на свой костюм и не знает, ее ли он; глядя на кисть руки, не понимает, ее ли это рука (следствие диссоциации второй сигнальной системы от первой). В такие минуты у нее «теряется чувство реальности».

Во время 1-го сеанса психотерапии, проведенного в дремотном состоянии, «чувствовала тяжесть в руках и ногах, но открыть глаз не могла и мыслей не было». Ей внушалось «забвение случая, пережитого в первый день замужества, хорошее самочувствие, надежда на выздоровление», а также, что «воспоминание и мысли о приступе сами по себе его не вызывают». После пробуждения, по словам больной, наступило «прояснение сознания, приподнятость настроения, ясность мышления». Однако преследует чувство страха, что «все это ненадолго». После сеанса весь день, до самого вечера, самочувствие было хорошее, боли в темени и затылке значительно слабее, настроение хорошее. Представление о внешних предметах ясное. Однако к вечеру «снова стал появляться туман и тупость в мышлении», хотя и в ослабленной форме. Отмечает, что будучи здоровой, на поставленный ей вопрос всегда отвечает «полно, образно и легко», а «вчера вечером вновь отвечала с трудом».

Во время 2-го сеанса чувствовала себя значительно спокойнее и глубже дремала. Испытывает то же, что и при приступах: «чувствует лишь один свой мозг, воспринимает лишь свое мышление», в то время как «ее тело ею не ощущается»,

оно «какое-то растворимое». После пробуждения (во время 2-го сеанса) отметила, что «все-таки остается слабое ощущение своего «я» и некоторая задержка свободы течения мыслей». Навязчивые мысли «о мышлении человека» и «как человек все понимает» исчезли, вновь появилось абстрактное мышление. Отмечает, что если в норме «каждое произнесенное слово должно вызывать в мозгу какой-то определенный образ», то у нее, «когда слова произносятся, мозг не успевает на каждое слово выработать определенный образ или воспоминание того, что с ним было когда-то связано».

В данном случае имелось явное отставание первосигнальных процессов от второсигнальных. В целом же можно было говорить о патологическом расщеплении согласованной деятельности обеих сигнальных систем.

После 7 сеансов психотерапии больная заявила, что «самочувствие хорошее». Во время 8-го сеанса спала глубоко 1,5 часа. Чувствует себя значительно лучше, чем до лечения. По окончании лечения уехала домой, получив соответствующее профилактическое внушение. Дальнейшая ее судьба неизвестна.

Таким образом, у больной имелась картина ярко выраженной патологической инертности в сфере замыкательной и анализаторной функций, что проявлялось главным образом во второсигнальной деятельности, сопровождаясь явлениями частичной разобщенности первосигнальной динамики от второсигнальной и попеременного ослабления каждой из них (наблюдение автора).

Приводим пример упорной второсигнальной навязчивости, совершенно не поддававшейся психотерапии.

9. Больной П., 24 лет, обратился к нам с жалобами на различные навязчивые мысли: если проходит мимо него калека, то сейчас же у него возникает мысль: «Я буду таким же!» Если он проходит мимо реки, ему кажется, что он утонет или его утопят. При встрече похоронной процессии кажется, что умрет. Когда проходит мимо столба, появляется мысль: «Моя голова будет соображать, как и этот столб». Вообще все, что попадается на пути, вызывает «мрачные отрицательные мысли». Не может читать, так как отдельные фразы также вызывают отрицательные мысли. Всегда должен повторить фразу несколько раз, и если при этом не появится «отрицательной мысли», успокаивается (что бывает редко). Когда пишет, также появляются отрицательные мысли: «я умру», «меня утопят», «попаду в тюрьму», «превращусь в собаку» (в кошку, в любое животное). Если во время писания вдруг появится подобная мысль, ему кажется, что если он сотрет слово, которое вызвало эту мысль, то с ним «этого не случится». Начинает стирать и чем больше стирает, тем стремление стирать все усиливается, а одновременно появляется масса других навязчивых мыслей. Если он противостоит этому, стремясь не подчиняться навязчивости, то начинается головная боль, появляется рассеянность, и он опять оказывается «во власти этих новых мыслей».

Рассказ о неприятном событии сейчас же вызывает у него навязчивую мысль, что «и с ним то же самое случится». В таких случаях делает жест, «будто отгоняет мысль». Но и этот жест становится навязчивым. То же самое наблюдается и в процессе еды: если вспоминает о неприятном для него событии, то должен выплюнуть пищу (как если бы он «выплюнул мысль»), таким путем может довести себя до рвоты. Если при каком-либо движении другого лица у него появится мысль, что он умрет, утонет и т. п., тотчас же возникает новая мысль: «вот потому, что движение сделано, эти мысли осуществятся» и т. п. Такое навязчивое состояние проявляется всегда и везде – на работе, на прогулке, когда ложится спать. Идя по улице, он должен вернуться на то место, где у него возникла отрицательная мысль, и сделать несколько движений ногой. Это продолжается до тех пор, пока он весь не вспотеет и не начнутся головные боли. Посторонние люди замечают его странности, и ему кажется, что смеются над ним. Поэтому он всегда чувствует себя стесненно. Но в последнее время отрицательные мысли возникают у него и тогда, когда он ничего не делает. Во время езды по железной дороге появляются мысли, что он «попадет под поезд» или его «бросят под поезд» и т. п. При входе в вагон он «должен на вагонных ступеньках оступиться», причем сделать это несколько раз. Ночной сон хороший, но засыпает и пробуждается больной с трудом, причем часто бывают сновидения неприятного содержания, после которых по пробуждении чувствует себя расстроенным. Если кто-либо на него посмотрит серьезным взглядом, ему кажется, что этот человек чего-то хочет от него или преследует его. Если он видел, например, смертный случай на каком-либо месте, то мимо этого места старается не проходить, ибо «появится мысль, что и со мной это случится» и т. п. Еще пример: при покупке часов он вспомнил о гибели солдата и у него возникла мысль: «Со мной случится то же самое». Вследствие этого появилось навязчивое желание отдать часы обратно, но этого сделать не мог, так как деньги уже были уплачены. Вследствие этого указанная мысль упорно держалась у него около года.

Обратился к нам с просьбой избавить его от этих навязчивостей, которые начались 2 года назад, во время разжевывания пищи, затем постепенно количество вызывающих их раздражителей увеличивалось. В настоящее время навязчивость связывается главным образом с походкой, что вынуждает его делать разные лишние движения. Лечился год назад в Сочи и Баку, но безрезультатно, получал советы: «Возьмите себя в руки», «Вам надо жениться» и т. п.

Применение психотерапии в бодрственном состоянии было безуспешным. Больной оказался негипнабильным.

По-видимому, у данного больного имелся реактивный психастенический синдром, хотя аффектогенного начала установить не удалось. У больного была весьма ярко выражена патологическая инертность замыкательного процесса в сфере второсигнальной деятельности, проявлявшаяся в виде непрерывно возникавших и сменявших одна другую все новых и новых навязчивостей. В круг действий, направленных на их устранение, вовлекались то кинестезический, то речедвигательный анализаторы. Психотерапия в данном случае оказалась совершенно безрезультатной. Здесь можно думать о шизофрении (наблюдение автора).

Психопрофилактика неврозов.

Переходим к вопросу о мероприятиях по предупреждению невротических заболеваний, т. е. о психопрофилактике неврозов.

Основой психопрофилактики неврозов является прежде всего правильная организация труда и отдыха, а затем система мероприятий, направленных на подготовку высшей нервной деятельности человека к таким жизненным испытаниям, которые связаны со значительным напряжением нервной системы. Это особенно важно для людей, обладающих слабым или ослабленным типом нервной системы.

Мероприятия, касающиеся психогигиены и психопрофилактики, следует строить на основе постепенно усложняющейся тренировки процессов высшей нервной деятельности, начиная с наиболее легких и простых задач и переходя к более сложным и трудным.

«Обучение трудностям» и «выработка тормозов» являются весьма ответственным моментом в формировании высшей нервной деятельности ребенка. Речь идет о тренировке элементарных актов замыкательной и анализаторной деятельности (различение и обобщение), репродуктивной деятельности мозга (память) положительных и особенно отрицательных эмоций, корковой динамической стереотипии (системность, формирование привычных актов) и пр. Необходимость такого рода тренировочных упражнений, осуществляемых по определенной, тщательно разработанной системе, подсказывается самой жизнью.

Далее необходимо учесть, что для детей каждый период вживания в новый детский коллектив проходит совсем не безразлично. Ребенок, привыкший к одному детскому коллективу, к одним воспитателям и няням, очень тяжело переживает разлуку с ними. Таким образом, один лишь перевод детей из яслей в детский сад уже может нанести тяжелую нервно-психическую травму. Речь здесь идет о ломке динамического стереотипа, к которой ребенок не был профилактически подготовлен. Мы считаем, что требуется система постоянных мероприятий, профилактически тренирующих высшую нервную деятельность ребенка во всех ее важнейших проявлениях.

Не менее важное значение имеет психопрофилактика в пубертатном периоде, когда нужно подготовить высшую нервную деятельность подростка к качественно новой системе отношений, связанной со свойственными этому периоду возрастными физиологическими перестройками эндокринно- вегетативной системы. Нужно иметь в виду, что в условиях переломного периода жизни молодого, развивающегося организма наиболее легко могут возникать перенапряжения и срывы высшей нервной деятельности. Соответствующая система предупредительных мероприятий должна и в данном периоде развития организма предотвращать возможность психической травмы. Эта система мероприятий определяется нами как подготовка высшей нервной деятельности к функциональным колебаниям эндокринно-вегетативной динамики, связанным с пубертатным периодом.

Усложнение с возрастом тренировочных занятий должно идти по линии воспитания эмоций, умения владеть своими эмоциями. Иначе говоря, здесь речь идет об активном, направленном воздействии высшего отдела головного мозга человека, каким является его вторая сигнальная система, на деятельность его ближайшей подкорки.

Задача в данном случае состоит в тренировке корковых процессов в условиях тех острых индукционных отношений, какие могут возникать между корой и подкоркой. Эта задача является тем более важной потому, что отсюда берет свое начало система дальнейших направленных воспитательных воздействий, способствующих формированию положительных и устранению отрицательных черт характера человека.

Разработка и проведение в жизнь такого рода конкретных мероприятий по психопрофилактике представляет огромную по своей социальной и психологической значимости проблему. Однако, несмотря на немалые трудности, эта задача в условиях социалистического общества разрешима.

Психопрофилактические мероприятия в юношеском возрасте должны предусматривать правильную организацию труда и быта, как и систематическую тренировку высшей нервной деятельности с целью выработки навыков в преодолении различных реальных жизненных трудностей (сверхсильные раздражители, перенапряжение подвижности, ломка динамических стереотипов и пр.).

В период полного полового созревания и начала брачной жизни совершенно необходим и законен вопрос о профилактике нарушений в сфере половой жизни. Мы считаем, что населению следует в соответствующей форме разъяснять, как могут возникать нарушения и срывы высшей нервной деятельности, обусловленные дисфункцией половой сферы, ибо именно сексуальные и эрогенные невротические срывы все еще занимают определенное место среди других невротических заболеваний, с которыми обращаются в психоневрологические диспансеры.

Вместе с тем система психопрофилактических мероприятий для лиц юношеского и зрелого возраста должна предусматривать подготовку их к реальной жизненной встрече с тем или иным чрезвычайным событием или переживанием.

Конкретно речь может идти, например, о психопрофилактической подготовке к известию о потере близкого человека или к другому столь же тяжелому жизненному удару. Сюда же относятся мероприятия, связанные с психопрофилактической подготовкой беременной к предстоящим родам или подготовкой больного к операции и т. п. Такая предупредительная тактика дает возможность заблаговременно подготовить и мобилизовать корковую деятельность в нужном направлении.

Весьма важное значение имеет при этом не пассивное приспособление высшей нервной деятельности человека к новым условиям (что присуще тормозному типу в виде «ухода от трудности»), а именно умение активно приспособить средовые факторы к своим потребностям и возможностям. Но для этого необходима достаточно большая сила, уравновешенность и подвижность нервных процессов, что требует постоянной тренированности их в этом направлении, предохраняющей от срыва.

В условиях советского общества проведению всех этих психопрофилактических мероприятий в высокой степени способствует присущая советскому человеку высокая идейность и сознательность, что уже само по себе составляет огромную силу. Она тонизирует кору мозга, дает ей постоянную зарядку, а это в свою очередь благоприятствует сохранению необходимой устойчивости всей высшей нервной деятельности.

Психопрофилактические мероприятия особенно важны для людей с ослабленным типом нервной системы. Так, если нервная система человека ослаблена

(истощена, травмирована) неблагоприятными условиями прошлой жизненной ситуации, то особенно необходимо предохранить ее от вредных перенапряжений, применяя не только укрепляющие нервную систему средства, но и соответствующий тренировочный режим.

Важнейшим средством воздействия на состояние высшей нервной деятельности человека является слово врача, стимулирующее ее и направляющее в нужную сторону, а иногда и выравнивающее нарушенное соотношение основных корковых процессов. Такое воздействие может выражаться не только в виде конкретных пояснительных врачебных указаний (при беременности, родах и пр.), но и наглядного предметного обучения (например, поведению при родах, до и после операции и пр.). Сюда же относятся различные психопрофилактические санитарно-просветительные мероприятия. Однако последние не должны знакомить людей с проявлениями различных болезней. В противном случае такое «санитарное просвещение» легко может приводить к ятрогении, в чем нам не раз приходилось убеждаться.

Наряду с этим особое внимание должно быть обращено на чисто бытовую психопрофилактику – устранение неблагоприятного воздействия на детей и подростков ссор между родителями, устранение разного рода запугиваний, грубого обращения и прочих оставшихся в наследство от прошлого вредных способов воздействия на психику ребенка или подростка. Указанные моменты являются источником психической травмы, ведущей к развитию невротических реакций или же предрасполагающей к возникновению их в более зрелом возрасте.

Вместе с тем должна быть рекомендована разумная строгость в обращении с детьми и систематическая работа с ними, способствующая упрочиванию прививаемых им психопрофилактических и психогигиенических навыков и норм поведения.

Иллюстрировать сказанное могут многочисленные примеры клиники детских неврозов. Напомним следующее наблюдение, подробно описанное нами на стр. 305.

Больная 63 лет в течение всей своей жизни страдала патологическим страхом, с резко выраженными вегетативными реакциями перед похоронной процессией и всем, что связано с похоронами. По этой причине больная даже переменила свою профессию и всю жизнь старалась селиться подальше от кладбища. Выяснилось, что болезнь была обусловлена испугом, который был пережит ею в 5-летнем возрасте: ее напугали покойником.

Всякого рода запугивания детей, как и страшные сказки, рассказываемые нянями обычно перед сном (или же пугание старшими детьми младших), в некоторых случаях могут приводить к зафиксированным (иногда на всю жизнь) невротическим состояниям в виде навязчивых страхов. Исходная причина такого рода заболевания самим больным легко может быть забыта, вследствие чего в дальнейшем он обычно пытается найти ее в чем-либо ином, нередко ставя этим врача-психотерапевта в весьма затруднительное положение. Столь же пагубное воздействие могут оказывать и разного рода суеверия. Нет сомнения в том, что

путем рациональной психопрофилактики необходимо вести с этими видами «психотравматизма обыденной жизни» самую решительную борьбу.

Особое внимание должно быть обращено на борьбу с ятрогенизмом и дидактогенизмом, т. е. на профилактику заболеваний, возникающих вследствие неправильного поведения врача по отношению к больному или же педагога по отношению к учащемуся. Не меньшее значение имеет вопрос о профилактике тех перенапряжений нервной системы, которые связаны с такими трудными моментами, как период экзаменационной сессии в вузах.

Критика учения Фрейда о неврозах.

Закончив изложение вопроса о психотерапии и психопрофилактике неврозов на основе учения И. П. Павлова, рассмотрим критически широко распространенное в настоящее время в зарубежных странах, главным образом в США, фрейдовское учение о неврозах и приемах их терапии на основе психоанализа.

Отметим прежде всего, что учением И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека и данным им физиологическим обоснованием методов психотерапии вскрыта полная бессмысленность и порочность фрейдовского учения о неврозах, в частности о периоде и механизмах, лежащих в основе истерического и навязчивого неврозов. Нужно сказать, что учение Фрейда и его последователей (Адлер, Штекель и др.) не только не внесло ясности, но, наоборот, привело к идеалистическим извращениям и в проблеме неврозов, и в их психотерапии.

В чем же порочность фрейдовской теории неврозов?

Прежде всего порочна сама методологическая установка фрейдовской теории: источник формирования личности в самой личности, в то время как научное решение этого вопроса заключается в том, что развитие личности, как и развитие сознания с начала до конца есть общественный продукт, продукт воздействия социальной среды, вне которой человеческая личность возникнуть не может.

По теории Фрейда, первоисточником образования неврозов является некая «область бессознательного», а также «область инстинктов», в которой якобы совершенно исключительную роль играет сексуальный инстинкт. Сексуальность, которую Фрейд понимает чрезвычайно широко как некий общебиологический «принцип удовольствия», как «пансексуальность», вот что по его «учению» составляет основной фактор развития невроза. Он считает, что невроз получает свое начало уже в раннем младенческом возрасте, когда инстинктивно, бессознательно возникает сексуальное влечение вообще к противоположному полу (у сына к матери, у дочери к отцу). Оно-то и обусловливает возникновение конфликтного состояния из-за невозможности удовлетворить это влечение. Таким путем, по Фрейду, создаются сексуальные «материнский» и «отцовский» (или «эдиповы») комплексы. Возникший на этой основе конфликт вызывает, по его утверждению, развитие невротических симптомов. Так как при этом «аффективное сексуальное напряжение остается неотреагированным», оно «вытесняется», отрываясь от связанного с ним представления («теория отщепления аффекта»). В дальнейшем, уже в зрелом возрасте, вытесненное (неудовлетворенное) сексуальное «прорывается в сознание» через какую-то (где-то и в какой-то форме существующую)

«цензуру». Прорвавшееся сексуальное напряжение соединяется с другим каким-либо представлением, придавая ему ту же сексуальную значимость. Такой «прорыв», по Фрейду, и происходит в форме навязчивых представлений, главным образом страхов («инверсия»), или же в форме соматических симптомов истерического невроза («конверсия»). Невроз, развившийся в зрелом возрасте, есть, по Фрейду, «актуальный невроз», глубинная причина которого лежит будто бы не в сфере факторов внешней среды, а в «неразрешенном и неосознанном инфантильном сексуальном конфликте».

Такие симптомы, как навязчивый невроз страха (страх загрязнения, заражения, навязчивое мытье рук и т. п.), являются, по Фрейду, символом «защиты» или «очищения» от неотреагированного сексуального загрязнения. Навязчивая рвота есть, по этим представлениям, символ неотреагированного отвращения к сексуальному переживанию, рвота беременной – символ нежелания беременности, а клептомания – символ удовлетворения задержанного инфантильно- сексуального влечения. Истерический судорожный припадок символизирует половой акт, а гипноз – это тоже «символ сексуального состояния», наподобие пассивного состояния женщины во время полового акта (Шильдер), и т. п.

«Раскрытие» невротических конфликтов (комплексов «материнского» или «отцовского») достигается психоаналитиками путем многомесячного, иногда даже многолетнего анализа бессознательной сферы больного. Они считают, что выздоровление может произойти после отреагирования ущемленного аффекта в актуальном неврозе, который якобы без этого не может быть излечен. Таким образом, основа психоанализа лежит в раскрытии (при участии самого больного) сексуальной сущности его невроза с тем, чтобы в дальнейшем заставить его отреагировать, т. е. уже сознательно «очиститься» от «ущемленного» конфликта. Таким образом, согласно этой концепции, во всей симптоматике невротических проявлений навязчивости, главным образом фобий истерического характера, лежат корни сексуального конфликта.

Как известно, фрейдовская теория невроза и его метод психоанализа с самого начала их существования встретили со стороны многих психиатров как у нас, так и за рубежом жестокую критику. Против фрейдовского учения о неврозах первым в России выступил В. М. Бехтерев (1911, 1922, 1929), считавший его не только неприемлемым с практической и теоретической стороны, но и вредным для больного, которого заставляют фиксировать свое внимание на сексуальных переживаниях и видеть во всем сексуальное. «Надо сказать, – писал В. М. Бехтерев (1929), – что в этой терапии есть безусловно вредный и даже опасный элемент, заключающийся в постоянном копании врача в сексуальной сфере больного и в неизбежном при этом сосредоточении на этой сфере, которой и врач, и больной в таком случае научаются придавать преувеличенное значение». В. М. Бехтерев подчеркивает, что метод психоанализа «отличается большой субъективностью, которую нельзя устранить ни в первой его части (при расспросах больных), ни во второй части (при истолковании добытого материала)».

Как известно, крайне отрицательно относился к учению Фрейда и И. П. Павлов. По свидетельству одного из его учеников, Ю. П. Фролова (1949), И. П. Павлова «возмущали разглагольствования фрейдистов». В своих воспоминаниях Ю. П. Фролов приводит разговор И. П. Павлова с одним из фрейдистов, в котором пути физиологов и пути фрейдистов были образно представлены. И. П. Павлов говорил: «Когда я думаю сейчас о Фрейде и о нас, физиологах, мне представляются две партии горнорабочих, которые начали копать железнодорожный тоннель в подошве большой горы – человеческой психики. Фрейд взял направление вниз и зарылся в дебрях бессознательного, а мы добрались уже до света и выйдем когда-нибудь на воздух, закончим тоннель. Непременно закончим».

Критикуя понятие о бессознательном, на котором строится все учение Фрейда, И. П. Павлов (1927) говорил о том, что «...такой важный корковый акт, как синтезирование, может совершаться в частях полушарий, находящихся в известной степени торможения под влиянием преобладающего в коре в данный момент сильного раздражения. Пусть этот акт тогда не создается, но он произошел, и при благоприятных условиях может обнаружиться в сознании готовым и представляться как возникший неизвестно как». Полная несостоятельность фрейдовской теории в отношении преобладания сферы инстинктов в генезе невротических проявлений может быть подчеркнута следующим высказыванием И. П. Павлова: «...Хотя жизнь животных и наша направляется основными тенденциями организма: пищевой, половой, агрессивной, исследовательской и т. д. (функции ближайшей подкорки), тем не менее для совершенного согласования и осуществления всех этих тенденций и неизбежно в связи с общими условиями жизни имеется специальная часть центральной нервной системы, которая всякую отдельную тенденцию умеряет, все их согласует и обеспечивает их наивыгоднейшее осуществление в связи с окружающими условиями внешней среды. Это, конечно, большие полушария». Приведем несколько типичных клинических наблюдений, которые могут иллюстрировать пути выяснения нами и фрейдистами конкретных условий развития состояний навязчивости и их терапии. Остановимся более подробно на одном уже разобранном нами характерном примере навязчивого невроза в форме навязчивого мытья рук (стр. 331). Как стал бы рассматривать эту больную фрейдист-психоаналитик? Как он толковал бы боязнь загрязнения и навязчивое мытье рук? Вне сомнения, он трактовал бы все это как «замещение в бессознательной сфере неполученного инфантильно-сексуального удовлетворения» и стремился бы бесчисленными собеседованиями с больной «пробиваться в дебри бессознательного» в поисках «истинной» причины невроза. Анализ же конкретных средовых факторов (семейная ситуация) и патофизиологических механизмов (патологическая временная связь и патологическая инертность больных участков коры мозга) на основе учения И. П. Павлова в короткий срок раскрыл природу невроза и дал возможность быстро вылечить больную.

Следует отметить, что наши наблюдения подтверждают правильность давнего указания В. М. Бехтерева (1911, 1929) о том, что определенный ряд невротических навязчивых состояний не является инверсией во фрейдовском смысле. Наши наблюдения, подтверждаемые длительным многолетним положительным катамнезом, говорят, что содержание таких навязчивых состояний определяется разнообразными раздражениями, идущими из внешней среды, а отнюдь не диктуется

какими-то грубыми биологическими стимулами, как это вытекает из порочной и совершенно неприемлемой для нас идеалистической концепции Фрейда. Приводим другие примеры.

Гражданка Б., 24 лет, обратилась в диспансер Украинского психоневрологического института в 1934 г. по поводу непреодолимого тяготения к похищению некоторых мелких вещей домашнего обихода, причем эти вещи ею не утилизируются и совершенно ей не нужны. Это влечение к хищениям без утилитарной мотивации (клептомания) возникло у нее с детских лет и приобрело характер навязчивости. Борясь с этим, не раз должна была бросать службу, из-за этого ушла от любимого и любящего ее мужа, боясь признаться ему в своем «пороке». По словам больной, у нее был брат, который страдал тем же пороком.

Больная явилась в весьма угнетенном состоянии, заявляя о неизбежности самоубийства, если она не избавится от этого «ужаса». Из беседы с нею выяснилось, что она происходила из богатой семьи, росла в довольстве, в атмосфере материнской ласки, тепла и заботы. Когда ей было 8 лет, мать ее умерла и она оказалась предоставленной самой себе, так как от отца «ни ласки, ни внимания не получала». Но «положений стало совершенно невыносимым», по словам больной, когда отец женился второй раз. С тех пор больная еще более мучительно переживала отсутствие матери. Ей было особенно тяжело видеть проявление ласки к ее подругам со стороны их родителей. Иногда она просила мачеху купить ей вещи, которые видела у своих подруг. Сначала мачеха удовлетворяла ее просьбы, но потом перестала это делать. Больная начала предаваться унынию, чему способствовала жалость к ней и ее брату со стороны няни, называвшей их «сиротами». У больной, как и у ее брата, возникли попытки брать тайком от мачехи сладости и мелкие вещи- бантики, шарфики и пр. Заметив это, мачеха стала все держать под замком. Это глубоко возмутило и больную, и ее брата. В возрасте 14-15 лет больная очень любила всякие безделушки и украшения, подаренные ей прежде матерью, но мачеха прятала их от нее. «У меня вещи есть, но мне их не дают», – сетовала больная. Затем она стала с волнением, тайком от мачехи, отпирать шкафы и брать свои вещи, когда они ей были нужны. На этой почве возникали конфликты с мачехой.

Когда ей было 16 лет, она ушла из дому, поступила на кожевенный завод и стала жить в общежитии. Здесь-то и обнаружилось ее непреодолимое влечение к похищению мелких вещей определенной категории. Началось с того, что у одной работницы она заметила шарф, точно такой же, какой был у ее матери, причем «какая-то неодолимая сила потянула меня взять эту вещь»,– говорила больная. В течение нескольких дней она боролась с этим влечением, затем, купив себе такой же шарф, несколько успокоилась. Но в конце концов она все-таки взяла тайком шарф у работницы, спрятала его и тогда только «почувствовала себя успокоенной». Как заявляет больная, ее влекла не вещь, а сам процесс похищения.

С этого времени и до дня прихода ее в диспансер у нее было неодолимое влечение брать чужие вещи, с чем она мучительно боролась: пыталась взять вещи у соседки по общежитию, внешностью напоминавшей ее мачеху, неопределимо

влекло взять чулки, на которых была рижская марка, открытки и вещицы, напоминавшие ей о Риге, в которой она провела детство. Семь лет назад больная поступила в медицинский техникум и через несколько лет с успехом его окончила. Хотела поступить в медицинский институт, но находилась под постоянным страхом «опорочить себя своим поведением», так как не ручается за дальнейшее, а «жизнь с этим пороком невыносимо тягостна».

Больной разъяснено происхождение и механизм образования ее навязчивого влечения и устранена тревога за будущее. Семь сеансов психотерапии, проведенной в бодрственном и дремотном состоянии, устранили навязчивость, а вместе с ней и постоянную тревогу и страх за будущее. Больная уехала в бодром, оптимистическом настроении и через 4 месяца сообщила, что «прежнего влечения и душевного состояния нет, самочувствие очень хорошее» (наблюдение нашей сотрудницы А. Н. Мацкевич).

Анализ патогенеза в данном случае не представлял больших трудностей: тяжелое эмоциональное состояние после смерти матери, перемена семейной жизни и резкое нарушение жизненного стереотипа – вместо ласкового отношения матери, ни в чем ей не отказывавшей, над ней довлело совершенно противоположное поведение мачехи. Возник окрашенный эмоцией резкий внутренний протест и стремление брать тайком вещи, спрятанные мачехой. Развилась и закрепилась страсть к присвоению всего того, что связано с Ригой, где прошло детство, и чего лишилась при мачехе. Все это привело к возникновению инертного очага застойного возбуждения, связанного со строго определенной группой раздражителей, подкрепляемого острой и напряженной эмоцией протеста. Так создалась и упрочилась тяжело переживаемая больной клептоманическая установка, импульсивно реализуемая в строго определенных условиях, в форме навязчивых действий (частичная, избирательная клептомания).

В данном случае подтверждается указание В. М. Бехтерева (1922), что клептомания есть упрочившийся патологический сочетательный (условный) рефлекс, воспитанный в неблагоприятных условиях социальной среды, в силу чего это заболевание отнюдь не является «прирожденным» и «неизлечимым», как было принято считать в психиатрии.

Уместно напомнить также слова И. П. Павлова о том, что «есть два способа действования»: «разумное действование» и «действование (может быть, даже прямо через подкорковые связи) под влиянием только тенденции, без того предварительного контроля – аффективное, страстное действование».

У данной больной был навязчивый невроз, в патофизиологической основе которого лежала инертность раздражительного процесса, зафиксировавшего в определенном участке коры мозга вследствие отрицательной индукции из подкорки, развившейся при сниженном корковом тонусе на фоне длительной астенической эмоции. Она выражалась в форме определенной реакции на ситуацию, получившей преобладающее и незаконное значение.

В данном случае заболевание можно рассматривать как результат деятельности изолированного больного пункта больших полушарий, который приобрел неодолимое значение. В этих условиях, при слабости коры, он вызвал сильную

распространенную отрицательную индукцию, исключающую контроль, влияние остальных частей полушарий.

Как этот случай стали бы трактовать фрейдисты-психоаналитики? Конечно, они усмотрели бы здесь «прорыв через «цензуру» неотреагированного инфантильного сексуального комплекса», что и «привело» к возникновению «актуального невроза», для устранения которого необходимо осуществить «очищение» (путем так называемого катарзиса, или длительного психоанализа). Однако, как мы видели, устранение «такого навязчивого влечения легко осуществляется путем психотерапии, основанной на учении И. П. Павлова о физиологических механизмах высшей нервной деятельности человека.

Сюда же может быть отнесена, например, больная стазофобией (стр. 365). Больная самостоятельно не может ни стоять, ни ходить, в то время как с помощью другого лица или держась за что-либо, может вполне свободно передвигаться. При этом условии она может пройти несколько километров и даже танцевать. Но при попытке лишить ее опоры больная тотчас же впадает в состояние непреодолимого ужаса, у нее возникает сердцебиение, она вся покрывается потом, лицо ее бледнеет, конечности холодеют. Вследствие этого, чувствуя себя во всем вполне здоровой и полной желания работать, обречена на бездеятельное состояние. Отсутствие надежды на выздоровление приводит ее к упорным мыслям о самоубийстве. Больна в течение 2,5 лет, наследственность здоровая, каких-либо симптомов органического заболевания нервной системы не имеется, координация движений в лежачем положении, как и мышечная сила, сохранены в совершенстве. Таким образом, весь синдром сводится к расстройству равновесия при стоянии и ходьбе с резко выраженной эмоцией страха: «Вдруг упаду!».

Сторонник психоанализа скажет, что это «сексуальный невроз», корни которого нужно искать в инфантильной сексуальной травматизации и что необходим глубинный психоанализ, в процессе которого «может произойти излечение».

Но когда мы проанализировали условия развития этого навязчивого невроза и выяснили конкретную причину (ятрогения), то применили комбинированную психотерапию, проводившуюся по довольно сложной индивидуальной методике. Это радикально устранило имевшуюся фобию.

Мы умышленно подробно воспроизвели оба эти наблюдения, чтобы показать плодотворность и выявления патофизиологических механизмов и лечения, построенных на четких началах павловской физиологии, а не фрейдовской фантастики. В ряде глав мы уже описывали больных с навязчивыми неврозами, у которых, однако, была исключена роль сексуального фактора в генезе заболевания, а сами больные выздоравливали без помощи фрейдовского психоанализа.

Анализ всех этапов прошлой жизни больного не только исключает работу врача «вслепую» (как у фрейдистов), но и позволяет исправлять тяжелые последствия фрейдовского психоанализа. Приводим примеры.

1. Больная К., 34 лет, обратилась в 1927 г. с жалобами на чрезвычайно мучительное чувство своей неполноценности, потерю трудоспособности и работу по принуждению, свое «незнакомство со сложностями жизни и игнорирование их», «инфантильное отношение к жизни», упадок физических сил, понижение психического тонуса, состояние угнетения, порождаемое «сознанием неприспособленности к жизни». В прошлом одним врачом был проведен психоанализ, причем якобы был вскрыт «эдипов комплекс». Психоанализ длился 2 года. Но последовало не улучшение, а ухудшение, так как во время психоанализа ей разъяснили, что она «человек инфантильного отношения к жизни», что она «непригодный к жизни несчастный человек», и запретили ей выходить замуж. Успокаивали ее тем, что она будет себя хорошо чувствовать, когда ей будет 32 года. Слова «несчастный человек» преследовали ее до 32-летнего возраста и действовали подавляюще. В тяжелые моменты жизненной борьбы всегда вспоминались эти слова: «Как же мне бороться, ведь я несчастный человек», – и ее энергия падала. Однако обещанный возрастной срок прошел, а улучшения не было. Ее охватило отчаяние, возникла депрессия, мысли о самоубийстве.

С помощью подробных анамнестических бесед нам удалось выяснить, что причиной невротического состояния были неблагоприятные семейные условия и неправильное воспитание, на что и было обращено внимание больной в дальнейших беседах разъяснительного и переубеждающего характера, подкрепляемых словесными внушениями во внушенном сне. Результат 3-недельного лечения благоприятный, положительный катамнез З,5 года. Все это время бодра и работоспособна (наблюдение автора).

Таким образом, ухудшение состояния произошло под влиянием травмировавших психику больной слов врача-психоаналитика. Анамнестические беседы и патогенетически правильная терапия перестроили отношение больной к действительности, укрепили ее веру в свои силы и возвратили ее к трудовой жизни.

2. Больной Ш., 25 лет, в течение 3 лет страдает половой импотенцией, от которой 8 месяцев лечился на основе психоанализа, но это лечение закончилось «еще большим душевным гнетом», как выразился больной. Нами выяснен механизм патологической временной связи, возникшей во время полового акта под влиянием испуга в виде тормозного условного рефлекса. Проведено 6 сеансов словесного внушения в дремотном состоянии в которых внушалось забвение пережитого испуга. Это дало положительный результат: половая жизнь наладилась.

Точно так же другой больной 32 лет, в течение нескольких месяцев безрезультатно лечившийся по поводу половой слабости у сторонников психоанализа, выздоровел после выяснения конкретной причины и проведенных во внушенном сне 4 сеансов словесного внушения.

Из всего сказанного видно, что простая и здоровая критическая оценка повседневных массовых наблюдений над больными неврозами говорит против выработанных Фрейдом и его последователями «положений» о сексуальном факторе как якобы единственном в происхождении неврозов, о «бессознательном» как некоей области зарождения и локализации неврозов.

Итак, отрыв от реальности, неправильный учет значения социальных факторов в развитии неврозов, построение выводов на основании совершенно произвольного толкования сомнительного по своей значимости материала, признание

исключительного значения в генезе неврозов сексуального инстинкта и, наконец, обязательная связь с инфантильной сексуальной психической травмой – все это делает концепцию Фрейда совершенно неприемлемой.

Не может быть для нас приемлема и концепция Адлера, которая берет свои истоки от фрейдовского учения и характеризуется переоценкой значения конституциональной недостаточности органов как первоисточника развития невроза. Таким образом, концепции Фрейда и Адлера лежащие в основе современной зарубежной (преимущественно американской) «психотерапии», построены на чисто умозрительных представлениях, на предвзятом и в корне ошибочном подходе к больному.

Как известно, идеалистическое учение Фрейда получило широкое распространение в капиталистических странах и в настоящее время пользуется особым признанием в США. Это произошло потому, что концепция Фрейда оказалась крайне выгодной идеологам буржуазии, поскольку она содействует отвлечению народных масс от правильного, материалистического понимания психических и социальных явлений.

В дальнейшем Фрейд вынес свои идеи далеко за пределы учения о неврозах, ибо он «сексуализировал» даже и социальные явления. Так, по Фрейду, вытесненные и переработанные в бессознательной сфере инфантильно-либидонозные тенденции якобы определяют жизнь всего человечества, причем на высших ступенях человеческой культуры. Фрейд утверждает, что «авиация имеет инфантильно-эротическое происхождение», а проявившееся в сновидении «желание летать» обозначает не что иное, как «страстное желание половой потенции». Как мы видим, для всего учения Фрейда специфичен идеалистический отрыв высшей нервной деятельности человека от общественной среды. Уничтожающая критика всех этих спекулятивных построений Фрейда дается Уэллсом (1956, 1960).

ГЛАВА XXI

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В РАЗЛИЧНЫХ РАЗДЕЛАХ ЛЕЧЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

«...Есть и душевные лекарства, которые врачуют тело».

М. Я. Мудров.

О внушающем воздействии лечебных мероприятий.

В высшей нервной деятельности человека роль внушающего фактора может играть не только прямо словесное воздействие, но и те предметы внешней среды, которые приобрели значение заменяющих его условных раздражителей.

Так, в одном из наших наблюдений было показано, что условный раздражитель (громыхание железного листа) усыплял больного, который продолжал спать в течение всего времени громыхания, а после прекращения действия раздражителя больной пробуждался. Такой эффект был обусловлен предварительным словесным внушением.

Именно по тем же физиологическим механизмам и тем же путем на больного начинают оказывать определенное воздействие не только сами лекарственные вещества или лечебные процедуры, но и все те специфичные раздражители больничной обстановки, на фоне которых проводится то или иное лечение.

Вот почему огромное значение получают для больного не только сами лечебные мероприятия, назначаемые в лечебном учреждении, но и вся система условных и безусловных раздражителей, связанных с самим лечебным учреждением в целом. Вся структура лечебного учреждения и характер лечебных мероприятий несут черты скрытого внушающего воздействия, призванного положительно настраивать корковую динамику больного на борьбу с болезнью и укреплять уверенность в ее успехе. Наоборот, в случае недостаточно правильной постановки лечебной помощи это скрытое внушающее воздействие будет подорвано и потому может получить совершенно иное, отрицательное значение, ведя к еще большей дезорганизации и без того ослабленной болезнью коры мозга больного.

Таким образом, следует признать, что лечебные средства воздействуют на больного не только прямым образом, т. е. своими физико-химическими свойства-

ми (проверенными, например, в экспериментах на животных) и не только через посредство сопутствующих им словесных (устных и письменных) внушений и наставлений, но и через условно- рефлекторно связанные с ними средовые факторы.

При объективной оценке эффективности различных медикаментозных средств это обстоятельство необходимо постоянно учитывать, так как эффект такого косвенного средового воздействия подчас оказывается значительно более мощным и глубоким, чем принято думать.

Все это обусловлено постоянным тесным взаимодействием во всех процессах высшей нервной деятельности человека двух его сигнальных систем – речевой и предметной, каждая из которых в оценке значения средовых факторов играет важную роль. Между тем многие врачи нередко совершенно упускают из виду это весьма важное обстоятельство.

Вместе с тем следует признать, что применение каких- либо терапевтических средств без подкрепляющих их слов врачебного воздействия (в виде разъяснений, успокоения больного, надлежащих приемов убеждения или внушения), конечно, является совершенно неправильным.

Врач должен отдавать себе отчет и в важном значении того косвенного воздействия, какое оказывает сам терапевтический прием непосредственно на кору мозга больного, а через нее и на весь организм, в противном случае он легко может впасть в ошибку, ибо полученный терапевтический эффект фактически может оказаться обусловленным воздействием не только прямого или косвенного речевого внушения, но и скрытого средового влияния, благоприятного или же неблагоприятного.

Чтобы осветить эти вопросы, имеющие глубокие корни в условиях повседневной клинической практики, мы можем в качестве примера сослаться на сопоставление результатов обезболивания родов, достигавшегося двумя различными способами – медикаментозным и путем косвенного внушения.

Для выяснения степени участия в медикаментозном методе условно- рефлекторного воздействия И. Т. Цветков и К. П. Проняева, следуя нашему указанию, провели наблюдение, в котором, как мы уже упоминали выше, у 130 рожениц применялся медикаментозный метод обезболивания родов с нарочито формальным подходом, выражавшимся в том, что лекарственные вещества вводились без всякого предварительного воздействия на психику рожениц и без всякого разъяснения значения применяемого средства, иначе говоря, без участия второй сигнальной системы рожениц. В результате были получены следующие данные (по пятибалльной системе): оценка 5 – у 7,6%, 4 – у 15%, 3 – у 31%, 0 – у 46%. Едва ли нужно комментировать эти данные, они говорят сами за себя.

Приведем еще одно не менее интересное сопоставление.

На Ереванском съезде акушеров и гинекологов (сентябрь 1939 г.) был предложен поразивший всех своей эффективностью, простотой и легкостью применения метод обезболивания родов при помощи наложения банок на область зон Снегирева – Геда. Если сопоставить результаты обезболивания родов, полученного путем косвенного внушения (197 рожениц, стр. 270), с итогами применения

банок (143 роженицы), то получим следующие данные (табл. 6).

Таблица 6

Метод обезболивания	Число рожениц	Результаты в % (оценка по пятибалльной системе)			
		5	4	3	0
Банки	143	47,5	40,5	6,9	
Косвенное внушение	197	33	28	24	

Можно полагать, что в обезболивании родов путем постановки, банок на область возникающих при родовых болях кожных болевых зон могли участвовать два физиологических механизма:

1) отрицательная индукция, исходящая от очагов возбуждения кожного анализатора, создаваемых нанесением раздражения банками, и

2) условнорефлекторный механизм скрыто действующего косвенного внушения, на долю которого, как видно из табл. 6, приходится примерно третья часть получаемого успеха.

Конечно, эти материалы еще не дают возможности установить, какая именно доля терапевтического эффекта (обезболивание) относится в данном случае за счет первосигнального условнорефлекторного воздействия и какая за счет внушающего слова врача.

Здесь мы невольно вновь возвращаемся к вопросу о том значении, какое в лечебной медицине имеет словесное воздействие, оказываемое врачом.

Поэтому, когда нам говорят, например, что «роженицы чрезвычайно легко поддаются наркозу и нередко засыпают достаточно глубоко от 5-8 капель хлороформа, чтобы не чувствовать болей» (К. К. Скробанский, 1930), у нас невольно закрадывается мысль: роженицы засыпают от 5-8 капель хлороформа не потому, что они очень восприимчивы к нему, а в связи с тем, что эти 5-8 капель в большинстве случаев сопровождаются словами врача, т. е. словами успокоения и усыпления. Кроме того, здесь должно сказываться влияние не только словесного внушения, но и самовнушения. Напомним, что еще в 80-х годах 19 века Бернгейм говорил о внушающем воздействии хлороформа, когда больные крепко засыпают уже после двух–трех вдыханий его, после чего дальнейшее смачивание маски какой-либо индифферентной жидкостью способно поддерживать «наркоз». Повидимому, чем больше в таких случаях будет произнесено усыпляющих («наркотизирующих») слов, тем меньше понадобится капель эфира или хлороформа и тем скорее они подействуют.

Следует отметить, что применение для обезболивания родов метода косвенного внушения является показанным как со стороны клинико-экспериментальной, так и со стороны теоретической. Наша сотрудница Р. Я. Шлифер (1924) приводит наблюдение, когда прием половины стакана чистой воды под видом портвейна вызывал подъем сил и усиливал интенсивность потуг у одной из рожениц. Выше уже говорилось о том, что приемом укропной воды оказалось возможным прекратить в течение нескольких дней психогенную полидипсию и полиурию 12-летней

давности у больного, стационированного в клинику с диагнозом несахарного мочеизнурения (стр. 167).

Напомним, что Г. С. Постолькик (1928) успокаивал возбужденную роженицу с затяжными сухими родами и быстро устранял боли, использовав в качестве «обезболивающего» водяную клизму. Психиатр Ю. В. Каннабих и терапевт В. Ф. Зеленин (1937) инъецировали подкожно стерильную воду под названием «терморегулин», который якобы повышал температуру тела. При этом у ряда наблюдаемых ими больных температура действительно повысилась.

Дерматологи А. И. Картамышев и Н. Г. Безюк, а за рубежом Бонжур, Грумах (1930), Блох (1929) и др. устраняли бородавки косвенным внушением. Е. Н. Закаменная в нашей клинике устраняла бородавки во внушенном сне, смачивая их водой, что сопровождала соответствующим словесным внушением. При этом в 10 случаях из 12 был получен положительный результат. Психиатр Блейлер (Bleuler) наблюдал повышение температуры у некоторых больных туберкулезом после инъекции им воды под видом туберкулина.

Основываясь на этом, Я. Л. Шрайбер (1958) предложил для устранения тяжелых фиксированных истерических синдромов применять разработанный им способ косвенного внушения. Он состоит в следующем. За несколько дней до его применения больному разъясняется функциональный, обратимый характер его заболевания, внушается уверенность в выздоровлении и говорится, что для этого «будет применено специальное лечебное средство, которое устранит все болезненные симптомы». Затем, после нескольких дней ожидания, больного приглашают в процедурную, укладывают на кушетку, а врач объясняет ему, что назначенное лекарство будет закапываться через наркозную маску, надетую на его лицо (подобно тому, как это делается при хлороформировании). Больного предупреждают, что это никаких осложнений (в виде тошноты, рвоты, головной боли и пр.) не вызовет, а само лекарство является мощным стимулятором, снимающим лежащее в основе его болезни торможение корковых клеток (при параличе) или же устраняющим болезненное нервное возбуждение (при гиперкинезах) и т. п.

Затем медицинская сестра капает на маску лекарство (представляющее собой то или иное ароматическое вещество, например нашатырно-анисовые капли, спиртовой раствор ментола и т. п.).

Такая процедура, длящаяся около 10 минут, сопровождается беседой, проводимой врачом с другими врачами, находящимися в процедурной, о большой эффективности этого лечения. При этом всеми присутствующими врачами подтверждается, что это лечение действительно «оказывает на нервную систему прекрасное действие» и что оно «полностью устраняет все болезненные явления». Автор подчеркивает, что никакого прямого внушения, адресуемого больному, при этом не делается: в течение всего времени, пока лекарство капают на маску, больной остается в положении пассивного слушателя этой беседы. Таким образом, вся эта процедура, сопровождаемая беседой врачей, имеет характер косвенного внушения. Затем, тотчас же по окончании процедуры, больному предлагается проверить полученный лечебный эффект (т. е. говорить, если устраняется мутизм, встать, если устраняется паралич, и пр.).

По автору, этот прием косвенного внушения, применявшийся им при тяжелых фиксированных истерических контрактурах, гиперкинезах, парезах, параличах, мутизме, астазии – абазии, стойкой и тяжелой рвоте, вызывающей общее истощение и угрожающей жизни больного, дает положительный эффект. Лечебный эффект получается тем быстрее и прочнее, чем ярче выражено стремление больного к выздоровлению. В части случаев для расширения и закрепления полученного результата весь этот прием с применением маски делается повторно. У некоторых больных после снятия маски наступает сон, длящийся 1–3 часа и более, что ведет к еще большей нормализации высшей нервной деятельности.

Автор отмечает, что наступающее после этого восстановление утраченной функции обычно переживается больным чрезвычайно бурно, а остающиеся после лечения умеренные боли в конечности, функция которой оказалась восстановленной, легко устраняются с помощью массажа.

Учитывая иногда встречающиеся заявления врачей о неприемлемости этого метода, якобы построенного на обмане больного, автор предлагает включать в состав применяемого ароматического вещества какие-либо лекарственные компоненты.

В отдельных случаях главные врачи больниц и поликлиник иногда совершенно необоснованно возражают против применения врачами этих методов лечебного воздействия. Однако необходимо признать, что метод лечебного косвенного внушения (в любой форме его применения) научно обоснован. Он базируется на научных данных о взаимодействии двух сигнальных систем действительности. Конечно, он не может быть рекомендован в качестве монометода, но для симптоматической терапии он в определенных случаях с успехом может быть использован и потому заслуживает внимания.

В этой связи напомним экспериментальные исследования А. Л. Гамбурга (1956) и др., приведенные нами на стр. 118. Все это дает полное основание признать, что в скрытой форме внушение почти всегда сопутствует любому медикаментозному методу лечения, причем этот скрытый психический фактор, действующий по условнорефлекторному механизму, может придавать индифферентному веществу лечебное свойство или же усиливать (или ослаблять) воздействие безусловных лечебных средств.

Вместе с тем в косвенном словесном внушении может лежать возможная причина неустойчивой эффективности одних и тех же средств у различных врачей (а часто и у одного и того же врача, но при разных состояниях корковой динамики больного и даже самого врача).

Все это говорит о том, что при оценке преимуществ того или иного медикаментозного средства необходимо учитывать фактор скрытого внушающего воздействия и не обольщаться убеждением, что при применении этого метода (или средства) «внушение исключено». Вместе с тем мы видим, что применение медикаментозных средств без психотерапевтического влияния врача легко может понизить их эффективность. Этим подчеркивается необходимость наряду с повседневным положительным психическим влиянием на больного усиливать путем соответствующих словесных воздействий эффективность применяемых ме-

дикаментозных средств, ибо именно все это лежит в основе того полноценного подхода к больному, который в наши дни должен быть признан обязательным для каждого врача.

Далеко не всегда достаточно учитывается та роль, какую может играть внушающее воздействие при применении всякого рода новых лечебных препаратов или методов лечения, якобы дающих чудодейственный терапевтический эффект. Факты переоценки (или же недооценки) врачом терапевтической значимости того или иного лечебного мероприятия нередко обязаны своим происхождением именно тому суггестивному воздействию, какое оказывает на больного их применение (так же как и тот специальный ритуал, с каким в отдельных случаях оно бывает связано).

Этим в значительной мере объясняется наблюдавшееся в свое время увлечение ныне совершенно оставленными способами лечения (металлотерапия, протеинотерапия, лактотерапия и т. п.). Не то же ли в наши дни отмечается в отношении лечения самых разнообразных по своей природе заболеваний методом аутогемотерапии, тканевой терапии, введением микродоз новокаина и т. п.? В таких случаях зачастую бывает даже трудно определить, что именно в наступившем (нередко весьма быстро) терапевтическом эффекте должно быть отнесено за счет действия самого препарата как такового и что за счет скрытого внушающего воздействия, оказываемого на больного, тем более что при этом имеет место обусловленный заболеванием резко сниженный тонус коры мозга больного, его положительная «установка на врача» и его повышенная внушаемость.

Итак, необходимо считаться с тем, что в условиях врачебной деятельности может иметь место самая подлинная аутосуггестия самого врача, от которой он может быть застрахован в полной мере лишь в том случае, если будет твердо знать (и постоянно учитывать в своей работе), что внушаемость есть свойство, постоянно присущее каждому-больному, и что в результате внушающего воздействия в организме больного могут возникать самые разнообразные физиологические и био- химические изменения.

Вот почему формула «помогает, значит лечит», на основе которой нередко строится наивно-реалистическое мышление начинающего (да и не только начинающего) врача, должна быть подвергнута критическому анализу. Что же именно помогает в процессе лечения: сама пилюля, получаемая больным, или же слова врача, сопровождающие ее прием?

Поэтому, когда на страницах медицинских журналов мы встречаем статьи, авторы которых указывают, что критерием положительного эффекта того или иного лечебного воздействия, например тканевой терапии, было «длительное и полное исчезновение боли», «уменьшение боли и числа приступов», «изменение характера боли», причем «констатируется», что «в отдельных случаях боли прекращались в первую же ночь после подсадки», у нас возникает законный вопрос: за счет чего это произошло? Отдавая должное методу тканевой терапии, мы тем не менее не вправе игнорировать ту роль, которую при нем, как и при любом другом терапевтическом мероприятии, неизбежно играет второсигнальный фактор, т. е. скрытое внушение, ибо обе сигнальные системы всегда действуют неразрывно, и

игнорировать это, значит впадать в ошибку.

Органические заболевания нервной системы.

Психотерапия в клинике органических заболеваний нервной системы может применяться:

1) при возникновении сопутствующих этому заболеванию соматогенных невротических наслоений;

2) при психогенной невротической реакции больного на возникшее у него органическое поражение нервной системы;

3) в целях дифференциальной диагностики поихогенно возникающих нарушений деятельности нервной системы от нарушений органических.

В. М. Бехтерев (1911) указывал, что «...при всяком органическом заболевании нервной системы имеются расстройства, обусловленные сопутствующими функциональными изменениями соседних или более удаленных участков нервной ткани...» и что «этим самым и дается возможность некоторого влияния гипнотических внушений на нервные поражения органического происхождения».

Однако применение психотерапии в этих случаях не должно отвлекать внимания невропатологов, а тем более не должно давать повода к ошибочному диагностированию основного заболевания нервной системы, ибо в отдельных случаях указанные выше невротические явления нередко обнаруживаются задолго до появления самой органической симптоматики, приобретая неврастенический, психастенический или истерический характер. Такая симптоматика невротического состония, возникающего на базе органического заболевания нервной системы (соматогенно обусловленный невротический синдром), может ввести в заблуждение даже опытных невропатологов. Поэтому диагноз органического заболевания нервной системы нередко устанавливается только при дальнейшем развитии основного заболевания или же при патологоанатомическом исследовании. Последнее чаще всего бывает при наличии опухоли головного мозга, что наблюдалось рядом авторов – Тома (Thomas, 1903), Вигуру (Viegouroux, 1903) и др., а также нами. Наконец, следует отметить, что при закрытых травмах черепа может иметь место также смешанный этиологический фактор – физическая и психическая травма.

Возникновение такого невротического состояния, конечно, более или менее усложняет клиническую картину основного нервного заболевания, создавая новую, дополнительную патологическую симптоматику. Естественно, что во всех этих случаях психотерапия, проводимая в бодрственном состоянии (с применением прямого или косвенного внушения), а особенно во внушенном сне, может оказывать положительное воздействие, устраняя возникшее нарушение корковой динамики или же повышая, тонус коры мозга и вселяя в больного уверенность в успехе лечения.

Что касается невротической реакции больного на органическое заболевание нервной системы, то она чаще всего может возникать у лиц, относящихся к более или менее слабому или ослабленному типу нервной системы.

Как показывает наш опыт, в ряде случаев применение психотерапии может быть полезно также для устранения или ослабления таких явлений, как табети-

ческие гастрические кризы, если только больной хорошо гипнабилен. Известны случаи эффективности психотерапии хорошо поддающихся гипнозу больных в начальных стадиях рассеянного склероза. Таким путем может быть ослаблена на более или менее длительные сроки дисфункция двигательного аппарата (парезы, параличи, дизартрия, интенционное дрожание и т. п.), о чем говорят литературные данные и наши наблюдения.

Сказанное может быть иллюстрировано некоторыми исследованиями невропатолога Р. М. Ячменик, проведенными в неврологическом отделении Харьковской городской больницы № 2. Эти данные свидетельствуют о том, что словесным внушением действительно могут устраняться невротические симптомы, сопутствующие органическим заболеваниям центральной нервной системы. Кроме того, могут устраняться также прямые психогенные невротические реакции больного на эти заболевания. С этой целью после соответствующей анамнестической беседы с больным применялось внушение во внушенном сне с последующим внушенным сном-отдыхом. Успех был отмечен при инфекционных заболеваниях центральной нервной системы (15 больных), травмах черепа (13 больных), церебральной форме гипертонической болезни (10 больных).

В результате психотерапии выравнивалось эмоциональное состояние больных, исчезали функциональные нарушения, сопутствующие основному заболеванию, улучшался аппетит, восстанавливался сон, устранялись реактивные невротические явления. В связи с этим и само основное заболевание протекало легче.

Приводим некоторые из наблюдений Р. М. Ячменик.

1. Больная Л., 39 лет, была доставлена в тяжелом состоянии скорой помощью с жалобами на резкие головные боли, рвоту, приступы с потерей сознания, сопровождающиеся выгибанием головы и конечностей кзади (характера «опистотонуса»).

Два месяца назад перенесла острый инфекционный энцефалит. В течение месяца находилась на стационарном лечении в неврологической клинике, откуда была выписана в удовлетворительном состоянии. Однако через 2 недели без видимой причины состояние ее резко ухудшилось, усилились головные боли, появились рвота и прежние припадки с потерей сознания. В результате проведенной медикаментозной терапии головные боли уменьшились, но припадки и рвота (несколько раз в день) продолжались, хотя со стороны ликвора и неврологического статуса оснований к этому не было.

Ввиду предположения о возникновении патологической инертности указанной симптоматики применена психотерапия. Проведен сеанс внушения во внушенном сне, причем внушалось, что припадки и рвота прекратились и нервная система окрепла. После одночасового внушенного сна-отдыха больная проснулась совершенно успокоенной и по своей инициативе рассказала, что после выписки из больницы она перенесла тяжелую психическую травму (смерть ее любимой родственницы, страдавшей раком желудка). Это сильно ухудшило ее состояние и привело к рецидиву прежнего заболевания, причем возникла навязчивая мысль, что у нее также рак желудка и что ей «помочь уже никто не может».

После этого было проведено еще 5 сеансов гипносуггестивной психотерапии,

во время которых внушалась вера в выздоровление и прекращение приступов и рвоты. В результате выписана в хорошем состоянии. Положительный безрецидивный катамнез 5 лет. Продолжает работать по своей специальности.

В данном случае перенесенный инфекционный энцефалит ослабил тонус коры мозга и привел к нарушению взаимодействия коры и подкорки. Психотерапия устранила невротические проявления и способствовала нормализация корково-подкорковой динамики.

2. Больная А., 39 лет, поступила с явлениями коммоционно-контузионного синдрома после перенесенной травмы головного мозга. Наряду с органической симптоматикой отмечено выраженное невротическое состояние– постоянные слезы, нарушение сна, мысль о том, что она сойдет с ума и что ее отвезут в психиатрическую больницу. При попытке открыть глаза видит перед собой «страшных больших птиц». Вместе с тем временами отмечаются расстройства схемы тела: больной кажется, что ее голова, туловище и конечности резко увеличены. Поэтому при направлении в психиатрическую больницу якобы ее «не смогут вынести из палаты». Медикаментозное лечение эту невротическую симптоматику не устранило.

Проведена психотерапия. Во внушенном сне было сделано общее успокаивающее внушение, причем вселялась вера в выздоровление. Уже после 1-го сеанса значительно успокоилась, появилась уверенность в выздоровлении, улучшился ночной сон. В результате последующих 5 сеансов невротическое состояние и расстройство схемы тела были полностью устранены. В дальнейшем было отмечено, что всякое сильное физическое напряжение, как и сильная душевная тревога, приводит к новому обострению всего коммоционно-контузионного синдрома и усилению невротического состояния. Поэтому было дополнительно проведено еще 4 цикла гипносуггестивной психотерапии по 5 сеансов в каждом, что привело к устранению этих явлений. Положительный безрецидивный катамнез 6 лет.

3. Больная Т., 40 лет, доставлена в неврологическое отделение больницы по поводу контузионных явлений после травмы, нанесенной на границе лобной и теменной области головы. Наряду с органической симптоматикой (болезненность при пальпации тригеминальных точек, разница коленных рефлексов: (d>S), непостоянный симптом Бабинского справа, явления расстройства схемы тела) отмечается симптоматика невротическая: выраженное угнетенное состояние, постоянные слезы, бессонница, повышенная раздражительность, головные боли. Закрывая глаза, видит образ человека, нанесшего травму.

Применена гипносуггестивная психотерапия. После 1-го же сеанса больная стала значительно спокойнее, появился сон. После дальнейших 5 сеансов угнетенное состояние сменилось заметно выраженной бодростью, наступила уверенность в выздоровлении, исчез псевдогаллюцинаторный образ. К остаточным явлениям после травмы (головные боли, головокружение) относится спокойно. Находилась под наблюдением на протяжении 1,5 лет, здорова.

4. Больная Ч., 28 лет, доставлена по поводу острого инфекционного энцефалита, развившегося инсультообразно, с приступами слабости и онемения в левых конечностях. Объективно: неравномерность глазных щелей, парез лицевого нерва центрального происхождения, спастический левосторонний гемипарез с симптомом Бабинского. После курса медикаментозной терапии исчезли головные боли и явления слабости в левых конечностях. Однако больная оставалась в реактивном угнетенном невротическом состоянии. Ее преследовала навязчивая мысль, что «приступ повторится где-нибудь на улице» и она «должна будет умереть», так как ее мать «болела подобным заболеванием и умерла от второго приступа на улице». Эта навязчивая мысль преследовала больную в течение месячного пребывания в больнице.

Два сеанса словесного внушения во внушенном сне, проведенные за неделю до выписки, изменили настроение больной. Появился аппетит, хороший сон, и она была выписана в удовлетворительном состоянии. В течение 4 лет самочувствие хорошее: успешно работает на производстве, несмотря на наличие остаточных явлений энцефалита в форме нерезко выраженного левостороннего гемипареза.

В заключение приводим одно наше аналогичное наблюдение.

5. Больная Ч., 43 лет, инженер-экономист, обратилась с жалобами на крайнюю раздражительность, вялость, сниженную сообразительность, быструю утомляемость, ослабление памяти, активности внимания, низкую работоспособность, общую слабость, а также на возникшую у нее боязливость, частые приступы сердцебиения, головные боли, расстройство сна. Имеет сокращенный рабочий день, так как больше 4 часов в день работать не может. Десять месяцев назад получила контузию при столкновении поезда с автобусом, на котором ехала, в результате чего получила перелом голени и ушиб голова с потерей сознания на несколько минут, после чего кратковременно была дезориентирована. В первые месяцы после травмы отмечались резкое ослабление памяти, забывчивость (особенно фамилий и имен), общая вялость, периодически обострявшаяся тупая головная боль, пониженная сообразительность, раздражительность, расстройство сна, неработоспособность.

В неврологическом статусе расстройство чувствительности по истерическому типу, повышение сухожильных рефлексов, поликлинический диагноз: энцефалопатия. Получала электризацию, сайодин, глюкозу внутривенно.

Ввиду наличия постконтузионного и психогенного функционального расстройства высшей нервной деятельности применена психотерапия. Проведено 4 сеанса внушений во внушенном сне, в результате чего вся патологическая симптоматика полностью исчезла, трудоспособность восстановилась. Положительный катамнез прослежен на протяжении года (наблюдение автора).

Приведенные нами наблюдения представляют интерес в том отношении, что, кроме органической симптоматики, имелась и явно выраженная невротическая симптоматика, игнорирование которой в последнем случае вело лечащего врача по ложному пути. Положительная эффективность психотерапии воочию убеждает в том, что ограничиваться диагнозом энцефалопатии в таких случаях совершенно неправильно.

Следует отметить, что в последние годы П. Н. Гершкович (1955, кабинет лечебной физкультуры Центральной психоневрологической больницы МПС) успешно применяет путем внушений, делаемых во внушенном сне, тренировочные упражнения лечебной физкультуры с целью повышения эффективности лечения свежих и застарелых органических парезов и параличей различной этиологии. Таким путем под влиянием внушений, вселяющих в больного бодрость и уверенность в своих движениях, а также в успех лечения, оказывается возможным значительно ускорить процесс восстановления движений в пораженной конечности. В некоторых случаях реализация внушений делается постгипнотически, т. е. после выведения больного из состояния внушенного сна. В отдельных случаях успех был отмечен и без усыпления больного, т. е. при таких же внушениях, но делаемых в бодрственном состоянии больного.

Успешность гипносуггестивной психотерапии в таких случаях наблюдалась у большого числа больных. Путем проведения ряда сеансов такого рода «тренировочных упражнений в гипнозе» действительно оказывается возможным вызвать у этой категории больных как ослабление имеющегося пареза или паралича, так и ускорение восстановления движений. Иначе говоря, путем словесного внушения во внушенном сне достигалось то, чего нельзя было получить в состоянии бодрствования.

Приведенные данные подтверждают указания В. М. Бехтерева (1911), что применение гипнотического внушения при органических процессах «находит себе иногда довольно благодарную почву, которая, по всей вероятности, расширится еще со временем при дальнейшем изучении гипнотического врачевания».

Как мы уже отмечали, нередко невропатологам приходится иметь дело также и с чисто психогенными заболеваниями нервной системы, зачастую ими ошибочно принимаемыми за органические. Многолетние наблюдения, как наши лично, так и наших сотрудников, говорят о том, что невропатологи иногда ставят диагноз «энцефалит», «диэнцефалит», «нейроинфекция», «арахноидит» и т. д. при симптомах и синдромах, обусловленных теми или иными чисто функциональными нарушениями корковой и подкорковой динамики. Такие симптомы могут быть связаны с деятельностью различных анализаторов, в том числе кинестезического (гиперкинезы, параличи), и с вегетативной нервной системой. В таких случаях при решении диагностической задачи положение даже опытных невропатологов нередко оказывается крайне затруднительным.

Все эти трудности легко могли бы быть устранены, если бы невропатологи систематически учитывали роль психогенного фактора, что, нужно сказать, нередко совершенно ускользает от их внимания, а иногда и просто игнорируется ими. В таких случаях углубленная анамнестическая беседа может иметь весьма важное значение вспомогательного диагностического средства, в особенности если она проводится во внушенном сне, при котором могут быть быстро получены необходимые ответы на поставленные врачом вопросы. Для иллюстрации приведем ряд примеров.

1. Больная К, 28 лет, обратилась с жалобами на спастическую кривошею годичной давности, причем голова повернута в крайнее правое положение и несколько закинута кзади. Такое же положение головы сохраняется у больной и во время сна, что дало врачам основание считать заболевание органическим. В течение целого года неработоспособна, поликлиническое лечение безрезультатно, переведена на инвалидность. Причина: психическая травма из-за незаслуженного оскорбления, полученная на производстве во время конвейерной передачи керамических плиток, связанной с постоянными вынужденными поворотами головы вправо и несколько кзади. В момент психической травмы голова находилась именно в таком положении, которое в дальнейшем зафиксировалось (рис. 85).



Рис. 85. Психогенная кривошея до (а) и после *(б)* гипносуггестивной терапии.

Применена психотерапия. Внушение, проводившееся в дремотном состоянии, с 1-го же сеанса дало постепенно нарастающее улучшение. После 16-го сеанса тоническое сокращение мышц шеи совершенно прекратилось. Последующие 4 сеанса были проведены для подкрепления эффекта лечения. Выписана и приступила к работе. Демонстрировалась на конференции диспансера (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

Аналогичный случай мы описали выше (стр. 159), когда спастическая кривошея 8-летней длительности, также признававшаяся следствием органического заболевания нервной системы, была устранена двумя сеансами гипносуггестивной психотерапии. Оба эти наблюдения заслуживают особого внимания, так как в некоторых учебных руководствах по болезням нервной системы нет указаний как на возможность психогенеза, так и эффективность психотерапии данного заболевания (см. Руководство по нервным болезням Е. К. Сеппа, М. Б. Цукера и Е. В. Шмидта, 1954). Кроме того, в главе «Психическая судорога» учебника по нервным болезням Л. О. Даркшевича (1914) имеется даже прямое указание на то, что в этом случае «применение гипнотерапии... рекомендоваться... не может».

Впервые положительный эффект психотерапии кривошеи был отмечен еще в 1910 г. Мором. Однако это не привлекло должного внимания невропатологов, вследствие чего многие из них до сих пор склонны считать всякую кривошею

заболеванием органическим, весьма трудно поддающимся лечению и притом с малой надеждой на успех. К такому ошибочному выводу неизбежно приходят все те, кто игнорирует не только возможность психогении, ведущей к развитию в коре мозга патологически инертного очага возбуждения, лежащего в зоне кинестезического анализатора, но и возможность устранения этого «коркового больного пункта» путем психотерапии.

Приводим примеры более сложных расстройств функций кинестезического анализатора, возникающих в форме стереотипных навязчивых судорожных движений (тиков). Начнем с наблюдения, уже упоминавшегося нами выше.

2. Больная К, 23 лет, поступила с жалобами на беспрестанные кивательные движения головы (так называемая салаамова судорога) , которые упорно держатся в течение нескольких недель и не поддаются обычному лечению бромидами, йодистыми препаратами и электризацией. Непроизвольные сокращения шейных мышц появились после пережитого испуга, связанного с падением навзничь из трамвайного вагона. В тот же день развился своеобразный гиперкинез в форме кивательной судороги. При 1-м же сеансе психотерапии, проведенном во внушенном сне, во время засыпания движения стали ослабевать и во сне прекратились совершенно. Было произведено словесное внушение успокоительного характера: «Испуг при падении забыт! Вы успокоились, воспоминание о падении вас не волнует, кивание прекратилось и не будет больше повторяться!» Больная проснулась без кивательных движений, результат получился стойкий (наблюдение автора). Такие судороги встречаются чрезвычайно редко. В данном случае их можно было бы рассматривать как зафиксировавшуюся защитную реакцию, в основе которой лежит патологическая инертность возникшего в кинестезической зоне коры мозга очага концентрированного раздражения.

Приведем 2 случая более сложного судорожного гиперкинеза, ошибочно принимавшегося за заболевание органического характера.

3. Больная А., 42 лет, обратилась в 1930 г. с жалобами на тик лица, шеи и левой руки (n. facialis et n. accessorii sin.), которым страдает с раннего детства. Заболезяние развилось в детские годы после ряда очень тяжелых потрясений: смерть отца и матери, последующее резкое ухудшение материальных условий. Когда окружающие обратили внимание на ее заболевание и было начато лечение, больная была в возрасте 8–9 лет. Физио- и фармакотерапия были безуспешными. Ставился диагноз дегенеративной невропатии. Больная отмечает, что ручной труд (вышивание) вносил успокоение и давал ей возможность временно «брать себя в руки», однако лишь на самое непродолжительное время. В дальнейшем она утратила способность временно облегчать таким путем свое состояние. Во время войны 1914–1916 гг. у нее были тяжелые переживания, в результате чего подергивания усилились и уже ничем не устранялись.

Летом 1928 г., когда больная была в Ессентуках, где лечилась по поводу заболевания печени, подергивания ее «совершенно измучили», причем на шее от частых подергиваний образовались болевые точки, а затем присоединилась бес-

сонница. Больная решила прибегнуть к помощи психотерапии.

«На сеанс гипноза я пришла совершенно больной, душевно разбитой. Это было последнее, на что я надеялась»,– говорила больная. Но результат этого сеанса «был изумителен: тик прекратился, все болевые точки исчезли, настроение стало прекрасным, сон восстановился». Тик появился вновь только после пережитого ею в конце следующего года нового большого горя, вследствие которого, кроме тика и бессонницы, возникла «слезливость, которую ничем нельзя было устранить. Она обратилась к другому врачу, лечившему гипнозом, и он ей помог. После сеанса слезы прекратились, тик прошел, но на этот раз срок был менее продолжителен. Через 3 месяца тик возобновился.

После проведенных нами 2 сеансов внушения во внушенном сне тик прекратился, восстановился нормальный спокойный ночной сон и бодрое душевное состояние. Больная вернулась к своей работе. Однако тяжелая болезнь, а затем и смерть близкого ей человека снова выбили ее из колеи. Тем не менее на этот раз тик не возобновился. Через 4 года сообщила, что все эти годы чувствовала себя хорошо (наблюдение автора).

4. Больной Ю., 19 лет, направлен в психоневрологический диспансер Донецкой железной дороги с диагнозом «энцефалит». Жалобы на постоянные подергивания туловища и главным образом головы, возникшие около 5 месяцев назад. Подергивания проявляются при разговоре и волнениях и, начинаясь с головы и шеи, распространяются на все туловище, локализуясь больше на левой стороне тела. Сначала появляются местные единичные подергивания, переходящие затем в судорожное сокращение тикоподобного характера. Эти движения головы и туловища носят как бы оборонительный характер. Во время беседы движения непрерывно меняются в своей интенсивности, резко усиливаясь при волнении. Иногда эти насильственные движения на короткий срок прекращаются, и больной некоторое время сидит спокойно, но в напряженной позе, как бы ожидая наступления новых судорожных приступов.

Из анамнестической беседы выяснилось, что покинутая им девушка, за которой он ухаживал, из ревности плеснула ему в лицо какой-то кислой жидкостью, попав при этом в левый глаз и в рот. В связи с этим он находился в больнице. После выписки появлялись незначительные насильственные движения головы в виде откидывания в сторону и частого мигания век. После ряда перенесенных волнений эти явления стали усиливаться. Под влиянием этого больной стал злоупотреблять алкоголем, что еще больше ухудшало его состояние. Насильственные движения проявлялись и ночью, во время сна. В последнее время больной не мог даже сидеть, не мог есть, так как с трудом удерживал ложку.

В соматическом статусе, кроме компенсированного порока сердца, отклонений от нормы нет. Наследственность без отягощений. Мы предположили, что гиперкинез является функциональным и связан с психической травмой. На это указывал также и его выраженный «оборонительный» характер, в дальнейшем генерализовавшийся.

Применена психотерапия с мотивированными внушениями, направленными

на забвение пережитого волнения. Больной оказался весьма гипнабильным. После 2-го сеанса психотерапии во внушенном сне наступило улучшение, а после 3-го сеанса гиперкинез прекратился. Для закрепления результата проведено еще 4 сеанса. Уехал в хорошем состоянии. Положительный катамнез 20 лет; рецидивов не было (наблюдение А. Е. Бреслава).

Все эти примеры говорят о необходимости иметь в виду психогенную форму гиперкинезов, при которой расстройства функций кинестезического анализатора легко поддаются воздействию психотерапии.

Далее следует иметь в виду, что есть группа заболеваний без каких-либо органических нарушений, основным проявлением которых служит боль. Такого рода заболевания Гольдшейдер (Goldscheider) рассматривает как «болевой невроз». Однако это обстоятельство весьма часто служит причиной диагностических ошибок. Больных с различными невралгиями, как и вообще с превалирующим в их симптоматике альгическим компонентом, как правило, направляют в неврологическую клинику, так как считается, что такого рода заболевания имеют органический характер. При этом не учитывается, что невралгии могут быть психогенными, проявляясь моносимптомно или входя в симптомокомплекс общего психогенного невротического заболевания.

В таких случаях психотерапия, безусловно, показана. Приводим примеры.

1. Больная С, 35 лет, обратилась с жалобой на то, что после смерти двух детей у нее появились приступы зубной боли в области всех верхних зубов с иррадиацией по всему лицу. После безрезультатного применения фармако- и электротерапии были экстрагированы все верхние зубы. Но это не помогло, так как боли того же характера продолжались, особенно обостряясь при волнениях. Такое состояние длится в течение 3 месяцев.

Применена психотерапия с внушениями, сделанными во внушенном сне: «К потере детей вы относитесь спокойно, с мыслью об этом вы уже примирились, боли исчезли, так как они были обусловлены вашим переживанием!» После 3 сеансов таких внушений весь болевой тригеминальный синдром был полностью устранен. Больная находилась под наблюдением в течение 5 лет. Катамнез положительный (наблюдение автора).

Таким образом, в данном случае экстрагирование всех верхних зубов было прямым следствием полного игнорирования стоматологом того, что в основе данного страдания может лежать психогения.

2. Больная Т., 72 лет, обратилась в 1933 г. с жалобами на постоянные приступы правосторонней невралгии тройничного нерва, которыми страдает на протяжении 16 лет. Электро- и фармакотерапия были безрезультатны. Дважды лечилась в клинике нервных болезней, но все это давало лишь небольшое улучшение и притом на короткие сроки. Отмечено успокаивающее действие тепла и полное прекращение болей в летнее время, в особенности во время пребывания в Крыму. Однако осенью после возвращения из Крыма боли возобновлялись с прежней силой. Только спустя несколько лет мы случайно узнали от ее дочери, что начало

болей было связано с тяжелыми переживаниями, имевшими место в 1917 г.

Это послужило основанием к применению психотерапии, которая дала быстрый и положительный эффект: 4 сеанса во внушенном сне устранили боли, которые не возникали в течение 2–3 месяцев. Таким же путем в последующие годы больная получала временную, но существенную помощь, в то время как другие терапевтические мероприятия эффекта не давали (наблюдение автора).

Мы полагаем, что если бы словесное внушение было применено в начале заболевания, то можно было бы рассчитывать на получение прочного эффекта.

3. Больная А., 28 лет, обратилась с жалобами на невралгию всех ветвей левого тройничного нерва. Отмечает, что после 3 сеансов гальванизации нерва боли еще больше усилились, а синий свет и тепло давали облегчение лишь на 1–2 часа. Были основания думать, что «боль шла от испорченного зуба», в связи с чем зуб был удален, но и это не принесло облегчения. При расспросе больной была установлена психическая травма: все эти явления у нее возникли вскоре после того, когда она узнала от врача-педиатра, что у ее ребенка порок сердца (острый эндокардит) . С этим моментом и совпало начало невралгии тройничного нерва. Считая эту невралгию реакцией на психическую травму, мы применили психотерапию в виде мотивированного внушения в глубокой дремоте. После пробуждения наступило значительное улучшение. После 2-го сеанса невралгия прекратилась, причем отношение больной к болезни ребенка стало значительно более спокойным. Через 2 месяца явилась к нам и сообщила о своем хорошем самочувствии (наблюдение автора).

4. Больная 39 лет обратилась с жалобами на сильные головные боли, бессонницу и т. д. Диагноз невропатологов: неврит левых затылочного и тройничного нервов, арахноидит. Соответствующее лечение безрезультатно. Установлено наличие недавно полученной психической травмы (известие о гибели на фронте сына). Проведено 5 сеансов психотерапии во внушенном сне. Больной внушалось «успокоение» и «примирение с происшедшим», что привело к полному устранению всего синдрома. Положительный безрецидивный катамнез 8 лет (наблюдение автора).

Следует отметить, что авторы некоторых руководств по нервным болезням упоминают о психогенных невралгиях, но невропатологи обычно упускают из виду это обстоятельство, вследствие чего психотерапия, единственно патогенетически правильная в этих случаях, на практике, как правило, не проводится.

Какой же физиологический механизм лежит в основе устранения психогенных невралгий путем психотерапии?

По-видимому, здесь имеет важное значение устранение путем внушения самой психической травмы как причины развития данной альгической патологической симптоматики. Далее можно полагать, что не менее важную роль играет создаваемая внушением сильная отрицательная индукция, «смывающая» корковый больной пункт, лежащий в данном случае в области «болевого» анализатора и связанный с соответствующим участком иннервации кожи головы.

Приведем примеры нередко встречающихся диагностических ошибок другого рода, также обусловленных игнорированием невротической симптоматики и лежащей в ее основе психотравмати-зации.

1. Больная Ф., 19 лет, обратилась в диспансер с жалобами на страх сойти с ума, на боязнь переходить улицы и площади, на невозможность из-за страха выходить одной из дому. При переходе улицы или площади испытывает тягостные ощущения: «Мозги шевелятся, сердце бьется, сжимает грудь, в глазах темнеет, ноги подкашиваются, все тело слабеет, дрожит в груди и в животе». Вместе с тем жалуется на головную боль, плохой сон и аппетит, трудность сосредоточения внимания. Невропатолог поликлиники поставил диагноз «нейроинфекция», в связи с чем запретил заниматься в институте и провел курс дегидратационной и дезинтокоикационной терапии, однако без всякого эффекта.

Действительная причина болезни: 2 месяца назад была среди ночи разбужена сильным стуком в окно. Находясь в просоночном состоянии, получила телеграмму о случившемся с ее братом несчастье. Это ее чрезвычайно испугало: «спутались мысли, почувствовала, как мозги зашевелились», показалось, что сходит с ума. С тех пор развился указанный реактивный невротический синдром.

Больная инфантильна, ослабленного питания, отличается тревожно-мнительным характером, застенчива и боязлива, что позволяет думать о слабом типе ее нервной системы. В неврологическом статусе патологических нарушений не обнаружено.

Проведено 12 сеансов словесного внушения, вначале в глубокой дремоте, а последние сеансы во внушенном сне. После первых 3 сеансов (в глубокой дремоте) больная почувствовала себя значительно лучше, исчез страх сойти с ума. После остальных сеансов словесного внушения весь синдром стал постепенно исчезать. Больная стала вполне здорова, смогла посещать институт, сдала экзамены на «отлично» (наблюдение М. И. Кашпур).

В данном случае назначенная и проводившаяся поликлиникой терапия явно шла по ложному пути, так как действительная причина заболевания оставалась нераспознанной.

2. Больная Т., 40 лет, находилась в неврологическом отделении больницы по поводу «грудино-пояснично-крестцовой полифункулоневралгии с резко выраженным сколиозом инфекционной формы третьей степени тяжести». Считает себя больной 2 года. Начало заболевания связывает с простудой. Лечилась на Славянском курорте по поводу радикулита (ультрафиолетовое облучение, парафиновые аппликации, диатермия). Это дало незначительное улучшение. Возвратившись в семью сестры (врача-невропатолога), начала инересоваться медицинскими книгами. Внимание ее привлекли статьи о радикулитах и спондилитах. Вскоре начала находить у себя симптомы, о которых она узнала из прочитанной ею медицинской литературы, перестала двигаться из боязни, что у нее спондилит, и пролежала в постели 2 года из-за беспрерывных сильных поясничных болей.

Неврологический статус: резкое исхудание, спонтанные и провоцирующие боли (болевые точки, симптомы натяжения) корешково-стволового типа, выра-

женные рефлекторно-тонические симптомы (напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью влево и др.), слабо выраженный симптом Ласега, торпидные ахилловы рефлексы.

Во время 2-месячного пребывания в больнице получила курс физиотерапии (пинолевые ванны, диатермия). Отмечалось некоторое улучшение, но боли, спонтанные и возникающие при исследовании, как и рефлекторно-тонические симптомы с вынужденным положением туловища, продолжали сохраняться. Больная находилась в постели.

Возникло предположение о стойкой патологической фиксации в коре мозга больной (по физиологическому механизму внушения и самовнушения) всего болевого синдрома. После консультации с психоневрологом больная была переведена в отделение неврозов для гипносуггестивной психотерапии. После 8 сеансов внушений, проводившихся во внушенном сне, с последующим внушенным сном-отдыхом спонтанные боли полностью исчезли, боли при исследовании стали незначительными, исчез также сколиоз. Больная начала свободно ходить и вскоре была выписана в хорошем состоянии, причем мышечная напряженность и сколиоз были полностью устранены. При периодических контрольных осмотрах в течение последующих 3 лет было установлено, что боли больше не возникают, работоспособность полная (наблюдение К. И. Лавровой).

Итак, у больной, отличающейся тревожно-мнительным характером, развились некоторые невротические проявления, которые возникли и зафиксировались на фоне свойственной ей повышенной внушаемости и значительной вегетативной лабильности. Занимаясь чтением медицинской литературы, она еще более углубила свое невротическое состояние. Психотерапия быстро и полностью сняла имевшиеся у нее антальгический сколиоз и спонтанные боли. Сохранение болевого синдрома (после прекращения местного процесса) было обусловлено наличием очага застойного возбуждения в коре головного мозга, развивавшегося по физиологическому механизму внушения и самовнушения (библиогения).

3. Больной П., 29 лет, обратился с жалобами на боли в пояснице и в левой ноге, на затруднения при ее сгибании и разгибании, причем вся левая половина тела «немеет и легко мерзнет». Не может сидеть с наклоном в левую сторону. Во время сна ощущает сдавливание в горле («трудно глотать»), при письме трясутся руки, бывают головокружения. Болен в течение 2 лет, до того был вполне здоров. Заболевание связывает с тяжелыми переживаниями (внезапное заболевание и смерть отца, тяжелое материальное положение семьи). В эти дни и начались острые боли в пояснице. Был направлен на лечение в Сочи, где поправился, боли прошли.

В течение всего следующего года чувствовал себя удовлетворительно, но поясница слегка побаливала. К концу года получил новое известие об осложнившемся материальном положении его малолетних братьев, помочь которым не мог, что сильно переживал. Снова начались боли в пояснице и поднялась температура (до 38,9°), вследствие чего был помещен в стационар, где пролежал месяц с диагнозом ишиаса. Лечился диатермией, синим светом. Был выписан с теми же болями в пояснице и левой ноге, но к этому прибавилась общая раздражительность, состояние тревоги, пониженная работоспособность, дрожание рук.

Объективно: рефлексы резко повышены, болезненная точка при пальпации в илеосакральной области слева, нерезко выраженный симптом Ласега, заметная гиперестезия по всей левой половине тела. Отмечает, что появилась «невыносливость к получаемым им замечаниям по службе».

Ввиду наличия ряда тяжелых психических травм был проведен сеанс психотерапии в бодрственном состоянии. Внушалось спокойное отношение к трудностям жизни. Это дало облегчение: больной стал спокойнее. После лечения уехал на летнюю практику, где пробыл месяц, однако по утрам боли в пояснице продолжались. После возвращения с практики снова направлен на амбулаторное лечение: получал диатермию, но после нее почувствовал себя хуже. Вновь стационирован на один месяц, однако никакого улучшения не наступило. Боли в ноге обострились настолько, что самостоятельно не мог разуться, спать мог только на правом боку. Диагноз: подострый ишиас. Четко выраженный симптом Ласега. Рефлексы ахиллов и коленный обеих ног повышены, больной волочит левую ногу и ходит согнувшись.

Так как имелись основания предположить, что ишиальгия была эмоциогенной, начаты сеансы психотерапии. Легко пришел в состояние гипотаксии. Словесные внушения, которые проводились в этом состоянии, были направлены на устранение симптомов ишиаса. После 1-го сеанса больной смог слегка выпрямиться, ногу сгибал и разгибал свободно, но в отмеченных выше болевых точках сохранилась легкая болезненность. Рекомендованы массаж и вытяжение ноги. На следующий день сообщил, что ночью впервые за все время болезни спал «очень хорошо» и во время сна мог поворачиваться на больной бок. После 2-го сеанса наступило значительное улучшение: боли не беспокоят, восстановилась работоспособность, возник вопрос о продолжении учебы. После 3-го сеанса отметил, что «уже чувствует себя вполне хорошо», занятия идут успешно, работоспособность прекрасная, «ни поясница, ни нога не беспокоят».

Через месяц сообщил, что здоров и работоспособен. За это время перенес большие волнения в связи с утерей им некоторых важных документов, плохо ел, болела голова, но все же физическое самочувствие было хорошее. Вскоре документы нашлись, после чего он быстро успокоился. Положительный результат психотерапии у данного больного подтверждает правильность предположения о психогенной ишиальгии (наблюдение Е. С. Каткова).

Во всех приведенных выше наблюдениях диагнозы «нейроинфекция», «полифуникулоневралгия», «подострый ишиас» и т. п. не соответствовали действительности. Невропатологи прошли мимо невротической симптоматики (агорафобия, самовнушенный спондилит, общая раздражительность, тревожная мнительность и т. д.) обусловленной перенесенными психическими травмами.

Психические заболевания.

Отечественные психиатры издавна уделяли внимание положительному психическому воздействию на душевнобольных. Большое значение этому в свое вре-

мя придавал еще С. С. Корсаков (1901), указывая на необходимость повседневной предупредительной заботы о разных мелочах их жизни, о целесообразности бесед с ними и пр. Он ставил также вопрос о применении при некоторых психических заболеваниях гипносуггестивной терапии. Так, в своем «Курсе психиатрии» С. С. Корсаков подчеркивал, что этот метод иногда оказывается полезным при некоторых формах меланхолии. «Мне приходилось видеть случаи, – говорил он, – где во второй половине болезни, выражавшейся в меланхолическом состоянии и резких бредовых идеях, наступало чрезвычайно быстрое исчезновение и бредовых идей, и тоски после применения гипнотического лечения». Того же мнения держался и В. М. Бехтерев (1911). Кроме того, С. С. Корсаков и В. М. Бехтерев придавали весьма важное значение успокоению больного, улучшению его настроения и другим мерам психического воздействия, оказываемого врачом на больного.

Все это в наши дни получило особую значимость в свете учения И. П. Павлова об охранительном режиме, необходимом для слабых корковых клеток психически больного. Как говорит И. П. Павлов, «...уже сознаваемое больным нарушение своих человеческих прав, заключающееся частью в ограничении свободы, частью в естественном и почти неизбежном третироваши пациента, как невменяемого», не может не представлять собой «серьезных ударов» по его слабым корковым клеткам .

На ленинградском съезде психоневрологов А. В. Гервер (1925) сообщил об удачном применении им гипносуггестивной психотерапии при депрессивных фазах маниакально-депрессивного психоза, при инволюционных депрессиях с бредовыми идеями и без них. По-видимому, в этих случаях речь могла идти о психогенных депрессивных состояниях. На важное значение психотерапевтического воздействия при депрессивных состояниях в свое время обратил внимание Ю. В. Каннабих (1934).

Из зарубежных авторов, применявших гипносуггестивную психотерапию у психически больных, нужно упомянуть Вуазена (Voisin, 1897), Кауфмана (Kauffmann, 1923), Голландера (Hollander, 1923). Последний лечил таким методом и больных паранойей.

Леви-Суль (Lewy-Shul, 1922) описывает случай, когда путем соответствующего словесного внушения в гипнотическом сне больную гебефренией удалось заставить принимать пищу. О целесообразности применения психотерапии при сенильных психозах говорит Гох (Hoch, 1955).

О возможности применения гипносуггестивной психотерапии у страдающих паранойей высказался в 1924 г. на Ленинградском съезде психоневрологов В. М. Бехтерев. Однако нужно сказать, что при параноидной форме шизофрении гипносуггестивная психотерапия неприменима, так как в содержание бреда при паранойе часто входит бредовая идея о «гипнозе» и «гипнотизировании», а потому поддерживать эту идею внушением в гипнотическом сне небезопасно для больного и для врача. Но можно думать, что в будущем, когда наименование «гипноз» будет окончательно заменено более адекватным «внушенный сон», основания для указанного опасения отпадут. Иное дело, применение психотерапии при реактивных параноидных состояниях. В таких случаях, как показывает опыт, психотерапия во внушенном сне может дать положительные и стойкие результаты.

Как видно из приводимых ниже примеров, при реактивных психозах применение суггестивной психотерапии во внушенном сне с последующим внушенным сном-отдыхом даже в амбулаторных условиях может давать достаточно быстрый положительный эффект. На основании наших наблюдений внушенным сном-отдыхом даже в амбулаторных условиях можно резко укорачивать длительность течения реактивного психотического состояния, а зачастую и сразу купировать его. Необходимо отметить стойкий и быстро наступающий эффект гипносуггестивной психотерапии в различном возрасте психогенных реактивных депрессий с бредовыми идеями.

Следует отметить, что иногда при развитии депрессивно-тревожного бредового состояния параноидного типа психиатры ставят ошибочный диагноз. Так, были случаи диагностирования «пресенильного», «инволюционного, «климактерического» психоза и помещения больных в психиатрическую больницу, в то время как более близкое изучение условий развития этого рода состояний вскрывало их психогенный реактивный характер и предопределяло возможность действительно быстрой и эффективной врачебной помощи в виде суггестивной терапии во внушенном сне.

В некоторых случаях (примеры приводятся ниже) длительное лечение такого рода больных, проводившееся в психиатрической больнице без учета психогенеза заболевания, не давало эффекта, в то время как применение гипносуггестивной психотерапии с учетом травмировавших психику факторов полностью устраняло весь синдром и приводило к стойкому выздоровлению.

Однако нужно сказать, что применение в психиатрической клинике гипносуггестивной терапии ограничивается, во-первых, негипнабильностью большинства психически больных, а во-вторых, небольшим числом психозов, подлежащих лечению словесным внушением в гипнотическом сне.

Исключение составляют психогенные реактивные психотические состояния, при которых, как упоминалось, гипносуггестивная психотерапия может продуктивно применяться в амбулаторных, а иногда и в домашних условиях.

Приведем ряд наблюдений.

1. У 35-летней больной наблюдался бред отравления и преследования, а также упорный отказ от еды и общения с людьми. Зная больную, перенесшую 14 лет назад истерический галлюциноз и бывшую уже тогда под нашим наблюдением, мы при данном параноидном состоянии применили внушение во внушенном сне. Однократный сеанс сразу устранил бредовые идеи месячной давности, а беседа с больной выяснила психогенный характер ее состояния. В дальнейшем последовало восстановление у больной прежней выраженной эмоциональной лабильности. Бредовые идеи не возникали (длительность наблюдения 5 лет). Была работоспособна, активно вела общественную работу (наблюдение автора).

2. Больная В., 31 года, доставлена в состоянии тяжелой депрессии и крайнего

истощения, возникшего вследствие бессонницы и упорного отказа от еды. Больная имела вид старухи, человека, страдающего какой-то тяжелой болезнью. Заболела 2 месяца назад после смерти единственного 5-летнего сына, во время болезни которого в течение 24 дней не отходила от него ни днем, ни ночью. Волнения, бессонные ночи и постоянная тревога подорвали ее силы. Смерть ребенка была пережита ею трагически (тяжелая реакция с нарушениями сознания, конвульсиями, криками и т. п.). В таком состоянии находилась 3 суток. При похоронах также наблюдалось психотическое состояние, была дезориентирована, а после возвращения с кладбища находилась в постели 4 суток в связи с ослаблением сердечной деятельности, с явлениями удушья и цианоза конечностей. В дальнейшем «была невменяема, имели место частые приступы дезориентировки». Ежедневно посещала кладбище; не доходя до него, с криком падала на землю, рыла ее руками. И так изо дня в день. Пища, вводимая насильно, не проходила (по-видимому, из-за спазма глотки или пищевода). Упорная бессонница, нарастающая слабость, упорные суицидальные мысли и попытки. Врачебный и домашний уход не достигали цели, тяжелое психотическое состояние прогрессировало, вследствие чего поставлен вопрос о стационировании в психиатрическую больницу.

На приеме удалось установить контакт с больной и путем словесного внушения привести ее в дремотное состояние. Помимо общего успокоения, внушалось спокойное отношение к смерти сына, хороший ночной сон, аппетит, пробуждение интереса к жизни. После сеанса больная получила 40-минутный внушенный сон-отдых.

Больная проснулась в резко изменившемся состоянии: прояснился взгляд, появилась бодрая осанка, лицо оживилось. После выхода из поликлиники спокойно реагировала на встречи на улице с детьми. Когда пришла в номер гостиницы, впервые почувствовала тяготение к пище и съела с видимым удовольствием завтрак. «Отпала какая-то тяжесть, исчез какой-то туман», – говорила больная, придя на следующий день. О ребенке говорила уже спокойно, ночью спала хорошо, смогла сама рассказать о пережитом. Было проведено еще 5 сеансов (через день), после чего уехала в свой город в хорошем состоянии. Демонстрировалась на лекции врачам Института усовершенствования врачей. Через месяц сообщила о своем хорошем самочувствии: совершенно успокоилась. Диагноз: глубокое депрессивное невротическое состояние, возникшее вследствие тяжелой психической травмы (наблюдение В. О. Шер).

3. Больной К, 53 лет, приведен женой с направлением в психиатрическую больницу. Высказывает бредовые идеи: за ним «следят», его «хотят опутать», ночью у него якобы делали обыск, его должны арестовать, его уже опутали, он преступник, ему «теперь лучше не жить» и т. п. Неработоспособен, ест очень плохо, ночью не спит. Такое состояние длится с неделю.

Наследственность: у бабки был психоз, у сестры–депрессивное состояние с суицидальной попыткой. До заболевания был спокойным, мягким, уступчивым, доброжелательным, но всегда тревожно-мнительным. Объективно: значительная глухота, плотность радиальных и темпоральных сосудов. Сухожильные рефлексы

живые, зрачки равномерны, с сохранившейся относительно живой реакцией.

Непосредственная причина заболевания (со слов жены): за несколько недель до заболевания на заводе, где он работал бригадиром, был арестован монтер из его бригады, которого подозревали в присвоении частей электроаппаратуры. Это подействовало на больного угнетающе. Угнетение нарастало, несмотря на то что была выяснена ошибочность ареста и подозреваемый был вскоре освобожден. С этого времени больной тревожно спит, появились опасения, что его арестуют, стал раздражителен, неработоспособен.

Проведена успокоительная и разъяснительная беседа с соответствующим вкушением в дремотном состоянии и последующим получасовым внушенным сном-отдыхом. После сеанса наступило значительное улучшение: больной стал спокойнее, хорошо поел, мог беседовать на отвлеченные темы, ночью спал хорошо, проспав 10 часов подряд. После 2-го сеанса спал всю ночь. Но на следующий день вновь возникло тревожно-угнетенное состояние и мысли об аресте. Однако чувствовал себя уже спокойнее и не считал себя преступником. После 3-го сеанса по собственной инициативе работал в своем саду. Всего проведено 5 сеансов гипно-суггестивной психотерапии. Сон восстановился, поведение правильное, прежних высказываний нет. Явления, дававшие повод думать о пресенильном психозе, исчезли и больше не наблюдались. После выздоровления продолжал успешно работать на том же заводе. Положительный катамнез 7 лет.

Диагноз: депрессивное невротическое состояние с бредоподобными навязчивыми представлениями. Больной относился к слабому общему типу нервной системы (наблюдение автора).

Таким образом, у данного больного был получен стойкий положительный эффект. Следует отметить, что больной наследственно отягощен и обладает явно выраженными признаками артериосклероза (плотность артерий, снижение слуха, повышение сухожильных рефлексов).

4. Больной С, 66 лет, художник, обратился в диспансер Украинского психоневрологического института с жалобами на «неотступно преследующий его образ соседки по квартире» и навязчивые мысли о ней, как о существе, которое «влияет своей силой» на него, на чувство «скованности чарами» этой женщины, тревожно-боязливое настроение, неспособность на чем-либо сосредоточиться, непродуктивность в работе, бессонницу, тяжесть в груди, сжимающие боли в области сердца. На приеме тревожно суетлив, растерян, из-за чрезвычайно быстрых переходов ог одной незаконченной темы к другой с трудом улавливается смысл речи, в силу чего создается впечатление разорванности ассоциативного процесса. Заболел, по его словам, 2 месяца назад из-за психической травмы (обман и ограбление соседкой). До заболевания был адекватен, с жизненными трудностями справлялся. Несколько лет ему пришлось провести вдали от дома, живя в горах, где он усердно зарисовывал особенности горного пейзажа, проявляя исключительную любовь к природе, стойко перенося всякие трудности. По его словам, всю жизнь был малообщителен, недоверчив, в обществе неловок, суетлив, в жизни непрактичен, но очень трудолюбив. Вне своей специальности «ничем не интересуется».

Проведено 3 сеанса гипносуггестивной психотерапии, внушалось успокоение и выздоровление. После 1-го сеанса почувствовал значительное облегчение, а после 3 го полностью исчезли боли и неприятные ощущения в груди, тревога, навязчивые мысли и представления, появился сон, восстановилась работоспособность. В течение ряда последующих месяцев состояние больного было хорошее, работоспособность восстановилась.

Диагноз: реактивный параноид. Больной, по-видимому, относится к сильному варианту слабого общего типа и частному художественному (наблюдение М. И. Кашпур).

Приводим случай реактивного параноидного состояния, развившегося по физиологическому механизму самовнушения.

5. Больная А., 37 лет, научный работник, доставлена в диспансер мужем. Предъявляет жалобы на нарастающее общее недомогание, на ощущение «чего-то неопределенного и неприятного внутри, главным образом в брюшной полости», иногда чувство сжимания в горле, тревожность, внутреннее беспокойство, наклонность к слезам, бессонницу, «потерю радости жизни», неработоспособность, отсутствие аппетита, боязнь есть, боязнь находиться у себя дома, желание уйти и

бродить, а вместе с тем неспособность сделать все это из-за «чувства бессилия». Высказывает убеждение в том, что от ее платья, от предметов и воздуха ее квартиры «что-то исходит» и на нее «действует отравляюще», что ее муж «распыляет что-то ядовитое», что он имеет намерение «медленно убивать ее». Однако «теперь, когда уже поздно», когда она «стала неизлечима», он внешне стал хорошо к ней относиться и заботиться о ней, хотя и «распыляет яд». К своему единственному маленькому ребенку испытывает чувство жалости, но обеспечить уход за ним «неспособна».

Больная тучная. В соматическом и неврологическом статусе особых отклонений от нормы не отмечается. Замкнута, к врачу приведена мужем почти силой, все жалобы и данные анамнеза удалось получить от больной только после нескольких многочасовых бесед. До болезни была уверенной в себе, активной, волевой, очень любила свою работу, ежегодно предпринимала путешествия по горам, отыскивая редкие экземпляры растений для своей научной работы. В этих путешествиях легко переносила трудности и лишения. Столь же охотно занималась преподавательской работой. К мужу привязана, но считает себя выше и достойнее его, убеждена в том, что «своим браком осчастливила его». Но, по ее словам, полтора года назад ее приятельница ей «раскрыла глаза» на истинное положение дела: оказалось, что ее муж на протяжении всей их 10-летней супружеской жизни продолжает интимную связь с женщиной, с которой был близок до женитьбы. Ревность, сцены признания мужа, его раскаяния и уверения в любви вызвали у нее тяжелые переживания. Но через месяц полностью успокоилась: «все было забыто», была равнодушна к той женщине. Однако через год совершенно случайно узнала о продолжающейся связи своего мужа с той же самой женщиной, причем «поняла его жалкое положение, его зависимость от этой женщины и его безволие». Это произошло перед обедом. Узнав об этом, почувствовала себя, «словно прибитой», села за стол «почти машинально», но после первого же глотка «почувствовала какое-то стеснение в груди, что-то неприятное в животе» и возникла мысль: «Отравилась!» Возникло общее недомогание, появился сграх: «Муж отравляет, чтобы избавиться». Такое состояние в дальнейшем продолжалось, стало постоянным, поддерживалось «жалким видом мужа» и тем, что соперница жила в одном доме с ней. Больная «замкнулась в себе», не устраивала сцен. Была, по ее словам, «как бы скована физически и душевно».

На протяжении месяца была в диспансере 12 раз. С ней проводились длительные анамнестические и разъяснительные беседы, сеансы гипносуггестивной психотерапии. Разъяснительные беседы успокаивали больную и она их особенно ценила, считая это «основным лечебным средством». Глубокого сна не было, была легкая дремота; глубоко засыпала только в последние 2 сеанса. Через месяц стала работоспособной, исчезла тревожность, сгладилось недоброжелательное отношение к мужу. Почувствовала себя здоровой, бодрой, исчезло недомогание, к мыслям об отравлении относилась критически. Через 2 года после лечения в связи с неприятностями по службе недомогание повторилось. После одной психотерапевтической беседы с последующим внушенным сном-отдыхом все явления прошли, стала чувствовать себя хорошо, полностью работоспособна. В настоящее время здорова, работает на прежней работе. Диагноз: реактивный параноид (наблюдение М. И. Кашпур).

6. Больная Г., 28 лет, приведена в диспансер братом. Жалуется на тревожно-угнетенное состояние, отказ от еды, высказывает параноидные идеи: ее хотят отравить, убить, в связи с чем развилась боязнь выходить на улицу, тревожный сон. Больна 2 месяца после аппендэктомии, сделанной под местной анестезией. Во время операции почувствовала боль, возник острый испуг. В последующие дни было возбужденное состояние, галлюцинации, которые постепенно исчезли. Однако указанные выше параноидные явления длительно сохранялись. Лечилась безрезультатно 2 месяца. Отношение к своему состоянию критическое. Просит избавить её от тоски, слез и страхов, тревоги за жизнь. Потеряла надежду на выздоровление.

Применена гипносугестивпая психотерапия. После 1-то сеанса мотивированного внушения, проведенного в дремотном состоянии, последовало резкое улучшение, а после 2-го – исчез весь симптомокомплекс: «сделалась такой, какой была до операции». Демонстрировалась в психотерапевтической секции Харьковского медицинского общества. Была под наблюдением 3 недели. Положительный катамнез 3 года. Все время чувствовала себя хорошо (наблюдение Н. М. Зеленского).

Таким образом, своевременное вскрытие психогенеза психотических синдромов не только полезно для скорейшего излечения, но и может служить ценным вспомогательным дифференциально-диагностическим приемом. Все сказанное свидетельствует о том, что психотерапия должна получить в психиатрической клинике свое признание и применение, поскольку в ряде случаев она дает необходимый терапевтический эффект. Во всяком случае некоторые психотические

состояния, особенно реактивные, несомненно, должны быть объектами психотерапии.

Интересными и существенно важными являются наблюдения М. М. Перельмутера (1949), посвященные вопросу о применении словесного внушения в психиатрической клинике в условиях наркотического (гексеналового) сна. Последний автором был использован для целей симптоматической терапии ряда психически больных.

Так в условиях гексеналового сна больному шизофренией, обычно спавшему на полу и не уступавшему никаким убеждениям, делалось внушение: «Спать в постели!» Больному, который отказывался от еды и которого кормили через зонд, внушалась необходимость есть самостоятельно. Бездеятельным и вялым больным внушалось желание работать, читать и т. д., а неопрятным – изменить свое поведение и т. п. Такие внушения делались не только в императивной форме, но и сопровождались элементами разъяснительной психотерапии. Так, внушалось, что на полу спать грязно, холодно и т. д. Таким путем у ряда больных шизофренией наступало временное, более или менее длительное улучшение: двое больных стали опрятными; те, которых кормили через зонд, начали есть самостоятельно; спавшие на полу, стали спать на кровати. Двое больных были выписаны в состоянии значительного улучшения. У всех диагностирована шизофрения. У больной с циркулярным психозом была отмечена почти полная ликвидация маниакального состояния.

Имеются основания полагать, что использование наркотического сна для проведения сеансов психотерапии того или иного вида при определенных условиях может найти в психиатрической клинике важное применение. Однако это требует специального изучения. По-видимому, это может оказаться полезным в тех случаях, когда у определенной категории психически больных обычный внушенный сон или же сон условнорефлекторный не может быть вызван.

Психотерапия применяется в психиатрической клинике И. Я. Завилянским (1953) в качестве вспомогательного симптоматического приема в форме разъяснительных бесед, успокоения и пр. Обычно она используется с целью стимулирования активности больных шизофренией, создания у них новых жизненных интересов и т. д. По нашим данным такого рода беседы оказываются особенно полезными в периоде выздоровления психически больного, а при шизофрении – в периоде ремиссии. В справедливости этих указаний приходилось убеждаться и нам на опыте работы сотрудника диспансера Украинского психоневрологического института М. И. Кашпур.

В последнее время много внимания этому вопросу посвятил М. С. Лебединский (1959). Следует упомянуть также работы Н. В. Канторовича (1958), П. М. Зиновьева (1958), А. Н. Молохова (1958), Г. В. Зеневич (1958), А. И. Болдырева (1958) и др.

Считаем необходимым особо остановиться на вопросе психотерапии наркоманов и в первую очередь страдающих алкоголизмом. В этих случаях психотерапия при всех формах лечения занимает существенное место. Страдающие алкоголизмом, как и другие наркоманы (морфинисты, кокаинисты и др.), издавна являются объектами внимания психиатров. Борьба со злоупотреблением спиртными напитками всегда была предметом заботы органов здравоохранения. В нашем отечестве борьба с этим наследием дореволюционной России шла столь успешно, что уже к концу 30-х годов возникла возможность сократить число наркодиспансеров.

Тем не менее случаи алкоголизма, требующие врачебного вмешательства, еще встречаются. Мы имеем в виду ту группу страдающих алкоголизмом, которой лечебная помощь может быть оказана именно в амбулаторных условиях.

Как известно, при лечении этой группы страдающих алкоголизмом основным является метод словесного внушения, проводимого при фазовом состоянии коры мозга. Основоположником широкого применения этого метода был В. М. Бехтерев, при клинике которого в 1901 г. была открыта специальная амбулатория для страдающих алкоголизмом. Эффективность амбулаторного лечения оказалась столь значительной, что в 1903 г. по инициативе В. М. Бехтерева в Петербурге была создана сеть таких амбулаторий. Для лечения больных хроническим алкоголизмом В. М. Бехтерев рекомендовал применять:

1) убеждение,
2) словесное внушение во внушенном сне и
3) самоутверждение и самовнушение (триада Бехтерева).

И. И. Николаева (1941) отмечает полученный им успех применения этой «триады» как при индивидуальной психотерапии, так и при групповой, также предложенной В. М. Бехтеревым (1927), но при условии, чтобы сеансы проводились ежедневно, без перерывов.

В связи с этим следует вспомнить незаслуженно забытую методику А. А. Токарского (11891) при лечении алкоголизма: он советует не терять связи с больным по крайней мере в течение года, причем, начав лечение, первые 2 сеанса проводить ежедневно, затем через 3-4 дня, затем через неделю, через 2 недели, через месяц, через 2 месяца, через 3 месяца и, наконец, через 4 месяца.

Нужно сказать, что авторов работ по этому вопросу интересовала главным образом та форма алкоголизма, при которой можно с тем или иным успехом применять словесное внушение. Исследования А. Л. Мендельсона (1910), проведенные в петербургских амбулаториях у огромного количества лиц, страдающих алкоголизмом (900 человек), показали, что лечение алкоголизма словесным внушением неприменимо лишь в отношении тех, кто явно страдает психическим расстройством. При этом наибольший успех отмечен при так называемом ложном запое, т. е. запое, возникающем уже под влиянием приема первой, хотя бы небольшой порции алкоголя. В общем положительный эффект наблюдался в 62% случаев.

Работа, проведенная в психотерапевтическом отделении диспансера Украинского психоневрологического института нашими сотрудниками Н. Л. Утевским с Ф. Б. Цейкинской (1930), свидетельствует о таком же успехе: положительный результат (больные совсем не употребляли алкоголь от нескольких месяцев и – в меньшинстве случаев – до нескольких лет) наблюдался у 118 из 149 больных, причем возникавшие нередко срывы прекращались 2-3 повторными сеансами психотерапии. Основным условием успеха было твердое желание самого больного избавиться от своего пагубного влечения.

Как показывает наш личный опыт, успеху лечения чрезвычайно способствует чтение больными в процессе лечения соответствующей литературы. Благодаря этому словесные внушения в значительной мере подкрепляются и усиливаются, чем и обеспечивается успех лечения.

Все это свидетельствует о том, что амбулаторная помощь, оказываемая страдающим алкоголизмом, вполне реальна. Однако нам не раз приходилось убеждаться в том, что не у всех врачей существует правильный взгляд на амбулаторное лечение алкоголизма словесным внушением.

Приводимые ниже наши наблюдения показывают, каковы могут быть результаты амбулаторной гипносуггестивной психотерапии алкоголизма.

1. Больной Ш., 42 лет, доставлен в амбулаторию в тяжелом депрессивном состоянии. Со слов жены удалось выяснить, что ее муж на почве алкоголизма «пытался сегодня совершить самоубийство, но был случайно замечен соседями и снят с петли». От больного мы узнали, что он страдает алкоголизмом 22 года, причем пьет запоем по 2–3 недели. Светлые промежутки бывают в течение нескольких дней, а иногда на протяжении 2 месяцев. Больной крайне раздражителен, плохо ест и спит и совершенно потерял трудоспособность. В результате 3 сеансов гипносуггестивной терапии влечение к алкоголю постепенно ослабело и, наконец, к 5-му сеансу совершенно исчезло. Параллельно с этим восстановились сон и аппетит, возвратилось хорошее настроение и трудоспособность. Через 6 месяцев явился на прием и сообщил следующее: «Чувствую себя прекрасно, успеваю в работе, о спиртных напитках и не думаю, как будто никогда и не знал. Запах алкоголя не только неприятен, но вызывает у меня тошноту и рвоту». Таким образом, после 5 сеансов психотерапии он чувствует себя хорошо. Положительный катамнез10 лет (наблюдение автора).

Представляет интерес также следующее наблюдение, когда психотерапия оказала положительное влияние в условиях продолжающегося на протяжении нескольких лет воздействия алкогольного раздражителя.

2. Больной П., 44 лет, пивовар, обратился в диспансер с жалобами на непреодолимое влечение к спиртным напиткам, сильную раздражительность, частое угнетенное состояние, плохой сон и аппетит и резкое понижение трудоспособности. Считает себя больным 10 лет, причем в первые 2 года пил умеренно и не часто, а затем, поступив на пивоваренный завод, стал злоупотреблять алкоголем. В течение последних 2– 3 лет пьет запоем 2–3 дня с перерывом от 1 до 2 недель. Отец больного страдал алкоголизмом.

Проведено 10 сеансов внушения во внушенном сне. Первый же сеанс гипносуггестивной терапии прервал влечение больного к алкоголю; одновременно восстановилось хорошее настроение, аппетит и сон стали нормальными. Спустя 2 недели после начала лечения полностью восстановилась трудоспособность. Находился под наблюдением в течение 1,5 лет, ежемесячно посещая диспансер. Он чувствовал себя хорошо, продолжал оставаться на прежней работе (наблюдение автора).

3. Больной Д., 40 лет, страдает чрезмерным злоупотреблением алкоголем на протяжении 15 лет. Работая на спиртовом заводе, нередко выпивал до 1 л водки в сутки, что привело его к продаже своих носильных вещей. По этой же причине его не раз увольняли с работы.

Проведено 10 сеансов гипносуггестивной психотерапии с внушением полного отвращения к алкогольным напиткам. Получен стойкий результат. Положительный катамнез 3 года. Пить перестал. За 3 года сумел скопить деньги для участия в коллективной постройке дома (наблюдение автора).

В каждом из приведенных случаев было выработано стойкое индифферентное отношение к алкогольным напиткам.

Оба перестали пить, несмотря на работу в тех же условиях спиртового завода. Экспериментальной моделью их может служить наблюдение, описанное нами на стр. 83, и (рис. 27).

В отдельных случаях оказывается возможным временно прервать алкоголизм, что достигается лишь путем проведения врачебной беседы или ряда бесед с разъяснением и убеждением, делаемым в бодрственном состоянии. В нашей психотерапевтической работе нам это приходилось наблюдать.

4. Больной Х., 55 лет, обратился в феврале 1946 г. с жалобами на ложную дипсоманию: прием первой рюмки алкоголя приводит к запою на 3–5 дней. Легко поддается соблазну, поэтому запои нередки.

Первый период алкоголизма был с 1918 по 1928 г., когда он выпивал почти ежедневно до 0,5 л водки. После лечения (12 сеансов гипносуггестивной терапии) был здоров в течение 13 лет, т. е. до 1941 г. С начала 1941 г. снова иачал злоупотреблять спиртными напитками (ежедневно по 300–400 мл водки). Но когда был мобилизован на фронт, алкоголя употреблял мало. После возвращения с фронта в 1945 г. снова начались запои.

Проведено 20 сеансов мотивированной гипносуггестивной терапии, после чего освободился от влечения к алкоголю, причем не утотреблял спиртных напитков, несмотря на тяжелые переживания, связанные со смертью сына, а затем и жены (наблюдение автора).

Таким образом, в случае тяжелого и длительного алкоголизма возможно радикальное излечение, о чем говорят многие наши наблюдения. Но контрастным является случай, происшедший с 2 нашими больными, иллюстрирующий ошибочный врачебный подход к страдающим алкоголизмом.

5. Больной Х., 35 лет, употребляет спиртные напитки в течение 10 лет почти ежедневно, сначала в силу соблазна, а последние годы по собственному влечению. Лечился в электроводолечебнице ваннами и инъекциями стрихнина. Пока лечился, алкоголь не употреблял, но через день после окончания лечения снова возникло влечение к спиртным напиткам. Однажды с целью «полечиться гипнозом» обратился к психиатру, который, по словам больного, отказался лечить внушением и посоветовал ему «обтираться водой» и применять другие процедуры. Тем не менее по примеру своего товарища, который вылечился именно словес-

ным внушением, обратился к нам.

Проведено 10 сеансов гипносуггестивной терапии. Больной перестал злоупотреблять спиртными напитками уже после 3-го сеанса. В течение 6 лет к спиртным напиткам безразличен, в обществе пьющих участия не принимает. При этом, как наблюдается у некоторых бывших алкоголиков, «других угощает, но сам не пьет» (наблюдение автора).

6. Больной В., 42 лет, жалуется, что после малейшего нервного расстройства предается запою в течение 7–8 дней, вплоть до продажи вещей и даже своего нательного белья. В октябре 1945 г. обратился в диспансер «для спасения гипнозом». Врач отказался лечить, заявив, что «никакой гипноз не поможет, так как это не болезнь, а распущенность». Это его чрезвычайно огорчило, и он пил в течение 10 дней. В ноябре обратился к нам. Было проведено 12 сеансов гипносуггестивной терапии, после чего больной перестал злоупотреблять спиртными напитками. В течение 3 лет наблюдения спиртных напитков не употреблял (наблюдение автора).

В амбулаторных условиях и в наркодиспансерах следует проводить групповую психотерапию алкоголиков по В.М.Бехтереву в виде сеансов мотивированного внушения во внушенном сне с последующим после каждого сеанса длительным внушенным сном-отдыхом, что должно сочетаться с дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапией. Преимущества группового метода состоят в том, что больные, входящие в одну группу (6–8 человек), обычно друг друга побуждают к самодисциплине и выработке безразличного отношения к алкогольным напиткам.

Перед началом курса лечения со всей группой проводится беседа о вреде алкоголя. После усыпления внушается забвение всего, что было связано со злоупотреблением алкоголем и чувство полного равнодушия к алкогольным напиткам и ко всему, что с ними связано (соответствующая посуда, компания пьющих и т. п.). После усыпления делается внушение чувства отвращения к алкогольным напиткам и возникновения тошнотно-рвотной реакции на каждый прием алкогольного напитка. После сеанса вся группа остается в состоянии длительного внушенного сна-отдыха еще в течение 1- 5,5 часов.

Обычно уже после первых 2 таких сеансов больные нередко заявляют, что не чувствуют непреодолимости влечения к потреблению алкоголя и потому в остром периоде абстиненции могут спокойно продолжать этот курс, проводимый в амбулаторных условиях.

Опыт В. М. Бехтерева по групповому гипносуотестивному лечению страдающих алкоголизмом широко использован нашими сотрудниками П. П. Истоминым, М. Д. Трутнем, Н. Л. Утесшим, Р. Я. Шлифер. С 1925 по 1931 г. они успешно лечили групповым методом до 600 страдающих хроническим алкоголизмом. Положительный эффект был отмечен у 65% больных, большей частью находившихся под наблюдением на протяжении 2-3 лет, а в отдельных случаях и до 8-10 лет.

Успех психотерапии при лечении алкоголизма обычно бывает значительным. Однако у некоторых больных влечение к алкоголю оказывается настолько упорным, что воздействие одними раздражителями второй сигнальной системы оказывается безрезультатным. Тем не менее и в этих случаях положительные условнорефлекторные связи на «алкогольную ситуацию», возникшие в коре мозга алкоголика, могут ослабляться, как это показали систематические исследования И. В. Стрельчука (1951 а). Для этого он пользовался другим способом – образованием отрицательной условной противоалкогольной реакции путем присоединения к словесному раздражителю сильных отрицательных раздражителей в виде рвотных средств. Это им применялось как в бодр-ственном состоянии, так и особенно во внушенном сне. И. В. Стрельчук подчеркивает, что разрыв при помощи слова этой алкогольной абстиненции совершается гораздо легче именно во внушенном сне, так как все то, что в бодрственном состоянии прочно ассоциировано с алкогольными напитками, в условиях внушенного сна заторможено.

Вследствие этого в гипнотическом сне, легче образуются новые отрицательные связи в отношении употребления спиртных напитков. Автор подчеркивает положительное значение продленного внушенного сна (до 15–16, а иногда и до 22 часов в сутки). Он правильно утверждает, что методы лечения страдающих алкоголизмом находятся на верном пути и дают врачам возможность «не быть пассивными зрителями, наблюдающими, как алкоголик, часто в расцвете сил, гибнет от своей болезни», в то время как врач бессилен помочь ему в той или иной степени.

К сожалению, у большинства врачей до сих пор существует ошибочное мнение, что «алкоголизм не болезнь, а распущенность». Очевидно, им неизвестны следующие слова В. М. Бехтерева (1911): «По личному опыту я могу утверждать, что внушения в гипнозе действуют крайне благоприятно на различные, приобретенные в силу привычки... болезненные влечения (разрядка наша. – К. П.), (как то: пьянство, морфинизм и все вообще наркомании». Мы можем к этому добавить, что врачи-психотерапевты действительно нередко являются свидетелями огромного удовлетворения, которое испытывают такого рода больные после выздоровления.

Приводим выдержку из письма одного из больных тяжелым алкоголизмом, получившего полное излечение путем психотерапии (см. Примечание 9, стр. 475).

В настоящее время успешно применяют психотерапию для лечения алкоголизма Ю. А. Поворинокий (1956), Е. В. Родионов (1956), И. И. Лукомский (1958), Н. В. Иванов (1959), И. В. Стрельчук (1956), В. Е. Рожнов (1959) и др.

На основании сравнительного исследования отдаленных катамнестических данных о результатах лечения алкоголизма у 1762 лиц И. К. Янушевский (1959) отмечает, что наиболее стойкие ремиссии возникают в результате гипносуггестивной терапии, особенно в условиях диспансера. Лечение апоморфином и антабусом дает менее стойкие ремисси, почему он рекомендует дополнять это лечение сеансами гипносуггестивной терапии. Ремиссии же, наступающие при чисто симптоматическом лечении алкоголизма, оказываются, по его данным, крайне нестойкими.

При этом автор отдает предпочтение диспансерному лечению, так как при стационарном лечении алкоголик оторван от среды, вернувшись в которую, он обычно вновь поддается соблазну. Автор считает, что эффективность лечения алкоголизма стоит в тесной зависимости от профилактического воздействия на ту социальную среду, в которой живет алкоголик.

Гипносуггестивная терапия морфинистов значительно сложнее. Тем не менее некоторые больные этой категория могут получить необходимую помощь даже в амбулаторных условиях, как это показали наблюдения нашего сотрудника П. П. Истомина (1930) в психотерапевтическом отделении диспансера Украинского психоневрологического института. Этот опыт показал, что некоторую категорию морфинистов можно небезуспешно лечить вне психиатрических больниц и что гипносуггестивная терапия является в этом случае ценным вспомогательным лечебным фактором. Так, лечение 15 больных (из 17), независимо от длительности морфинизма, было проведено сравнительно быстро, причем у 5 больных не было рецидивов в течение 2 лет.

Приводим некоторые примеры.

1. Больной 31 года, врач, для борьбы со своей бессонницей в течение 1,5 лет применял инъекции морфина, причем в последнем полугодии принимал до 1г морфина в сутки. Предпринятые им несколько попыток самостоятельно прекратить инъекции оказались безрезультатными, так как сопровождались мучительными абстинентными явлениями: раздражительностью, общей слабостью, дисфункцией желудочно-кишечного тракта, слуховыми, а иногда и зрительными галлюцинациями. В последнее время мрачен и замкнут. По словам жены, высказывает подозрение «о недоброжелательном отношении к нему со стороны окружающих». После двух последних неудачных попыток прекратить инъекции морфина пытался покончить с собой. Отказался от лечения в психиатрической больнице. Настойчиво стремился к амбулаторному лечению внушением. Поскольку была возможность строгого контроля за больным, было приступлено к психотерапии в амбулаторных условиях.

В 1-й день лечения настроение больного подавленное. Слезотечение, чихание, урчание в животе, пульс 86 ударов в минуту, лицо и руки покрыты потом. После продолжительной беседы, вводящей в «курс лечения», больной был усыплен с помощью словесного внушения. Заснул через 3-4 минуты, причем слезы и чихание тотчас же прекратились, а минут через десять стихло и урчание в животе, пульс 82 удара в минуту. Внушалось, что он «может быть здоровым», что «морфин ему ненавистен» и он «может его оставить, чтобы больше никогда к нему не возвращаться!», что он «будет принимать только те дозы морфина, какие будут указаны врачом». После этого больному был внушен сон-отдых в течение 20 минут. Перед пробуждением внушено «непреодолимое отвращение к морфину», полное отсутствие абстинентных явлений». Когда больной проснулся, он был крайне поражен, что беспокоившие его симптомы абстиненции сразу исчезли, чего раньше без приема морфина никогда не было. После первого сеанса наблюдался большой сдвиг в настроении больного. Он отдал своей жене все иглы, шприцы, запасы морфина, врачебную печать и все деньги. Абстинентные явления возобновились через 2-3 часа. Согласно инструкции, данной ему во время внушенного сна, ввел дозу морфина 0,8 г в сутки (4 раза по 0,2 г), причем разницы с предыдущей дозой не почувствовал, ночь спал спокойно.

Во время 2-го сеанса (на следующий день) внушалось: «Нерезкие абстинентные явления будут, так как морфин должен выделяться из организма пищеварительным трактом и прочими органами. К этому вы относитесь сознательно, подавление этих неприятных ощущений послужит упражнением для вашей воли. Каждый сниженный дециграмм морфина укрепляет ваше тело и вселяет бодрость и хорошее самочувствие. Для вас нет недостижимых целей, вы будете здоровы!» После 20-минутного внушенного сна-отдыха больной был пробужден. После этого за сутки ему было введено подкожно, согласно инструкции, 4 раза по 0,15 г морфина, всего 0,6 г. Спал хорошо, абстинентные явления возникли лишь перед его приходом в диспансер, проявляясь в виде незначительного слезотечения, влажности всего тела, чихания и недомогания. С началом 3-го сеанса они тотчас же исчезли. На следующие сутки назначена доза 0,4 г. На 4-й сеанс больной явился с бодрым видом, довольный тем, что «выдержал дозу и не почувствовал разницы в действии с предыдущими» и что «к морфину не тянет». Внушалось «индифферентное отношение ко времени инъекции морфина, физическая бодрость, спокойный сон и непреодолимое влечение следовать инструкции в отношения принимаемой дозы».

Через день проведен 5-й сеанс. Первую ночь после сеанса спал хорошо, вторую, когда не было сеанса, хуже: беспокоила боль в животе и расстройство желудочно-кишечного тракта. Все эти расстройства больной объяснял тем, что накануне не было сеанса. Назначенную дозу 0,1 г выдержал в точности. После 6 го сеанса отметил «прекрасное самочувствие», причем потливоеть и слезотечение прекратились. Назначена доза 0,06 г. Ко всем абстинентным явлениям относится спокойно: «пусть выделяется морфин». Дозу выдержал, заявил, что желает скорее закончить лечение, так как «все манипуляции со шприцем крайне неприятны», и что инъекции якобы делает «только по необходимости, скорее с отвращением, чего раньше не было». Последующие 5 сеансов прошли с тем же успехом, дальнейшее уменьшение дозы выдержал, к морфину и манипуляциям со шприцем отнесся индифферентно. Последний сеанс прошел в условиях внушенного сна-отдыха продолжительностью 50 минут. Во время следующего, 12-го сеанса внушалось: «Дальнейших инъекций морфина уже не требуется, вы испытываете полное моральное удовлетворение по поводу окончания лечения, чувствуете физическую бодрость и полное отвращение к морфину навсегда». Перед началом 13-го сеанса больной заявил, что «чувствует себя совсем другим человеком» и имеет желание «скорее вернуться к работе и найти в ней полное моральное удовлетворение, несмотря на все жизненные невзгоды». К 16-му дню после начала лечения вид больного резко изменился: кожа светло-розовая, зрачки нормальной ширины, прибавил в весе 1 кг. При словесном внушении указывалось, что «в дальнейшем сам может разумно руководить своим поведением». Во время сеанса, проведенного на 17-й день, еще раз подчеркнуто, что «в деле лечения сам больной принимал активное участие». За 2 года наблюдения не было ни одного рецидива (наблюдение П. П. Истомина).

Как мы видим, гипносупгестивная терапия сыграла здесь весьма важную организующую роль и явилась факторам, способствующим смягчению и прекращению абстинентных явлений.

2. Больная И., 42 лет, акушерка. Морфин начала принимать около 2 лет назад из-за развившихся после тифа болей в конечностях. Максимальная доза 0,5 г в сутки. Работоспособность понижена, отмечаются быстрая утомляемость, подавленность, временами доходящая до резкой апатии, замкнутость и неуверенность в себе, иногда (особенно к вечеру) неопределенный страх. В случае воздержания от морфина возникают саливация, желудочно-кишечные расстройства и боли в ногах и руках.

В психиатрическую больницу лечь не пожелала. Лечение (внушением в гипнотическом сне проводилось по тому же типу, что и в первом случае. Снижение дозы до нуля достигнуто за 5 дней, причем все абстинентные расстройства исчезали во время сеанса (при соответствующем словесном внушении), возобновляясь через 5–8 часов. Через 4 дня после начала лечения все расстройства прекратились. Через 20 дней после курса электрогидротерапии и демонстрации на конференции в нервной клинике больная отпущена домой. Через 1,5 года продолжала находиться в прекрасном состоянии; рецидива не было (наблюдение П. П. Истомина).

3. Больная Г., 56 лет, морфинистка. Начала принимать морфин 2 года назад, с небольших доз, в порошках от простудного кашля, достигнув дозы 0,3–0,4 г в сутки. Последствия таких доз оказались уже через полгода: крайне ослабла и похудела, лишилась сна и аппетита, не может ничем заняться, так как трудно сосредоточить на чем-нибудь мысли. Проведена психотерапия. Через 9 дней после окончания лечения демонстрировалась на конференции пропедевтической нервной клиники. Положительный катамяез 2,5 года (наблюдение автора).

4. Больная Г., 26 лет, начала принимать морфин около 5 лет назад в связи с тяжелыми приступами бронхиальной астмы. Признаки астматического заболевания начались с 15-16 лет, сначала возникали только при простуде, затем от дурных запахов, позже от волнения. Лечилась в Севастополе в Институте физических методов лечения и в Ленинграде (рентгенотерапия). Морфин, мгновенно прекращавший приступ астмы и предупреждавший его, сначала принимала на ночь. Последние 1,5 тода вводила подкожно в сутки 0,5 г.

Во время лечения доза морфина постепенно уменьшалась (при каждой инъекции). Кроме легкой потливости, поноса и общей слабости, никаких других абстинентных расстройств не было, так же как не возникало и ни одного приступа астмы. На 14-й день лечения дача морфина была прекращена. Назначена психотерапия. На сеансах, проводившихся во внушенном сне, внушалось отвращение к морфину, прекращение болезненной чувствительности к дурным запахам, уверенность в выздоровлении от астмы. За весь период лечения был только один непродолжительный приступ астмы. В дальнейшем больная провела лето в Крыму, приступов астмы не было, осенью забеременела (шестая беременность; до этого беременность искусственно прерывалась 5 раз). Родила здорового доношенного ребенка. Впоследствии приступы астмы легко обрывались курением абиссинского порошка, что раньше, до психотерапии, не удавалось (наблюдение автора).

Нам кажется, что положительные результаты гипносуггестивной терапии наркоманов должны быть приняты во внимание, особенно при последующих продолжительных сеансах внушенного сна-отдыха. Вне сомнения, что не только длительный внушенный сон, но и сон фармакологический в сочетании со словесным внушением могут в значительной мере облегчать проведение лечения наркоманов как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

В заключение нужно сказать, что лечение кокаиноманов осуществляется значительно быстрее, легче и радикальнее. Так, у наблюдавшихся нами 3 больных со зрительными галлюцинациями весь синдром был устранен: у одного мужчины после 3 сеансов и у 2 женщин после 5 сеансов гипносуггестивной психотерапии.

Таким образом, психотерапия должна рассматриваться как одно из основных средств лечения наркомании в тех ее стадиях, когда еще не наступила деградация личности.

Внутренние заболевания.

Нужно признать, что психогенные заболевания встречаются часто и в клинике внутренних болезней. Выдающиеся представители отечественной медицины В. А. Манассеин, С. П. Боткин, А. А. Остроумов, В. Ф. Снегирев, а зарубежной – Штрюмпель первыми подчеркнули роль и значение психического фактора в заболеваниях внутренних органов, а вместе с тем и необходимость соответствующего психического лечения.

Кортико-висцеральная теория ряда заболеваний внутренних органов и систем, разработанная на основе учения И. П. Павлова, К. М. Быковым и его сотрудниками, подтверждается большим числом психотерапевтических наблюдений. Поэтому возникает необходимость вскрывать травмировавшие психику факторы, лежащие в основе некоторых соматических заболеваний, и применять соответствующую патогенетически направленную психотерапию.

Кроме того, следует подчеркнуть, что психотерапия прямо показана при всех соматических заболеваниях как вспомогательный прием врачебного воздействия. Она имеет целью содействовать повышению защитных сил организма больного и тонизировать через кору головного мозга функции его вегетативно- эндокринной системы. Таким путем мы можем способствовать ослаблению или устранению болей, как и другой патологической симптоматики (нарушения сна, аппетита и пр.). Мы уже говорили о том, что в ряде случаев соматическое заболевание уже само то себе травмирует психику больного, что влечет за собой снижение положительного коркового тонуса, а потому прямым образом препятствует успеху борьбы организма с возникшей патологией.

В задачу психотерапии входит не только устранение неблагоприятного влияния травмировавших психику факторов, но и восстановление нарушенной заболеванием корковой динамики. Воздействие врачебного слова является весьма важным лечебным фактором, значение которого соматологи не в праве игнорировать.

Это тем более важно, что роль травмировавших психику факторов, вызвавших дисфункцию внутренних органов и систем, нередко соматологами совершен-

но не учитывается. В неясных по этиологии и патогенезу случаях врачи обычно диагностируют «невроз» какого-либо органа или же «вегетоневроз» – понятия, остающиеся для них совершенно нерасшифрованными. Обычно в эти понятия априорно, некритически вкладываются представления о первичном заболевании вегетативной нервной системы или же о функциональном наслоении при каком-либо патологическом органическом синдроме, чего в действительности могло не быть.

Фактически могли быть скомпрометированы клетки коры головного мозга, регулирующие деятельность этих органов или систем, о чем мы уже говорили выше (стр. 301). Отсюда неизбежно вытекают не только ошибочные диагнозы, но и неправильное лечение.

Нужно оказать, что литература по этому важному вопросу весьма ограничена. К наиболее ранним относится наблюдение С. П. Боткина (1874), отметившего связь между деятельностью больших полушарий головного мозга больного и размерами селезенки, меняющимися под влиянием психического возбуждения, астенической эмоции (испуг) и пр. Им же (1881) описана связь сердечной деятельности больного с его эмоциональным состоянием.

Из психоневрологов эти вопросы изучали главным образом А. И. Булавинцев (1903), В. М. Бехтерев (1906), а позднее В. Н. Мясищев и Е. К. Яковлева (1937), Е. А. Попов (1947), К. И. Платонов (1952). Из зарубежных работ следует отметить исследования Дежерина и Гоклера (1912), посвященные психогенному нарушению деятельности внутренних органов.

Приводим некоторые наблюдения.

1. Больной С, 53 лет, обратился с жалобами на тяжелое депрессивно-тревожное состояние, безотчетный навязчивый страх «перед грядущим несчастьем», тахикардию (130–140 ударов в минуту), дизурию, поллакиурию, чрезмерную раздражительность, впечатлительность, нарушение сна (вплоть до бессонных ночей). Вследствие общей слабости и тахикардии не покидает постели в течение 5 месяцев.

Диагнозы: базедова болезнь, холецистит, камни мочевого пузыря, артериосклероз мозга, пресенильный психоз. Лечение (бромиды, йод, наркотические средства, дигален, сыворотка Мебиуса) безрезультатно. Органический неврологический статус без отклонений от нормы.

При выяснении причин возникновения данного состояния было установлено, что 5 месяцев назад больной получил тяжелую психическую травму: внезапно умерла его любимая дочь. В течение всех этих 5 месяцев больной не мог возвратиться в квартиру, где она умерла, вследствие чего все это время находился у брата.

Наш диагноз: тяжелое реактивное депрессивное невротическое состояние с выраженным вегетативным симптомокомплексом.

Проведено 10 сеансов словесного внушения во внушенной дремоте. Уже после 2-го сеанса отмечено резкое улучшение, после 5-го – больной начал выходить из дома брата, а по окончании лечения смог вернуться в свою квартиру. Вскоре

после этого выехал с женой в Крым, а после возвращения из Крыма поступил на работу. Катамнез положительный 21 год (при нашем непосредственном наблюдении), рецидивов не было.

В данном случае диагноз «базедова болезнь» основывался на наличии тахикардии и семейного умеренного пучеглазия. Тревожно-угнетенное состояние дало повод диагностировать пресенильную депрессию. Наличию же продолжавшейся столь длительное время психотравматизации (переживание потери дочери) врачи-соматологи не придали должного значения.

2. У больной П., 63 лет, с августа 1920 г. постепенно развился общий упадок сил, прогрессирующее исхудание, желто-пергаментный цвет лица. После приема пищи появляются резкие боли в подложечной области с иррадиацией в подлопаточную область, тошнота, прощупывается резко болезненная опухоль в области желудка. Запоры, резкое истощение, упорная бессонница. Больная не покидает постели, голодает из-за болей в желудке. В марте 1921 г. консилиум врачей – хирурга и терапевта– поставил диагноз: злокачественное новообразование.

Так как состояние больной нельзя было не поставить в генетическую связь с тяжелыми переживаниями, вызванными потерей в период гражданской войны мужа, сына и единственной дочери, нами был применен длительный внушенный сон-отдых. Больная проспала 10 часов. К удивлению своему и окружающих проснулась со значительным улучшением: боли резко ослабели, тошнота прекратилась, может есть. Пять сеансов продолжительного внушенного сна-отдыха (на протяжении 10 дней) с соответствующими внушениями восстановили спокойствие, аппетит, сон, отправления кишечника, устранили боли, «опухоль» больше не прощупывается». Изредка повторяемый внушенный сон-отдых окончательно восстановил физические силы. К лету 1921 г. отмечена значительная прибавка в весе. После лечения больная прожила 14 лет. Рецидивов не было (наблюдение автора).

В данном случае функциональный висцеральный симптомокомплекс, развившийся под влиянием тяжелых психических потрясений, интернистами ошибочно был принят за органический, тогда как подлинные патогенетические факторы не были учтены или игнорировались. Вследствие этого механизм заболевания был понят неправильно: диагноз опухоли не оправдался.

3. Больной К., 30 лет, находился в 1946 г. на стационарном лечении, страдал болями в желудке и упорными рвотоподобными срыгиваниями (до 60 раз в сутки). Эти явления возникали без предварительной тошноты и независимо от приемов пищи. С диагнозом «хронический гастрит» и «подозрение на язву» провел в течение 4 лет в разных госпиталях в общей сложности 209 койко-дней и был освидетельствован тремя военными экспертными врачебными комиссиями (что подтверждается соответствующей документацией). В течение этих 4 лет состоял на инвалидности.

Так как был вскрыт комплекс тяжелых переживаний в Западной Украине в 1940 г. и на фронте в 1941-1942 гг., то больного направили на психотерапию.

Получил 10 сеансов словесных мотивированных внушений во внушенном сне соответствующего содержания, что полностью восстановило здоровье и трудоспособность, причем срыгивания и боли прекратились уже после 2-го сеанса. Положительный катамнез 6 лет, здоров и трудоспособен (наблюдение Е. С. Каткова; приводим схему развития данного невроза, рис. 86).

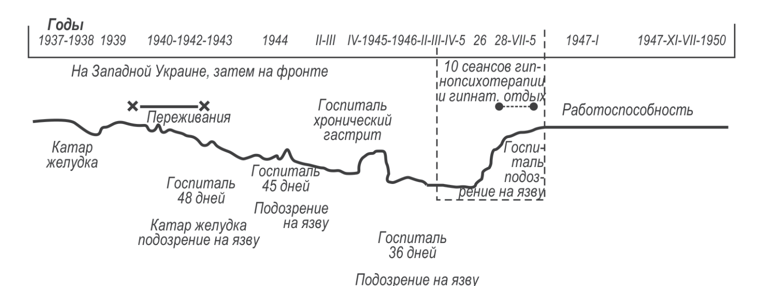


Рис. 86. Схема развития нераспознанного невроза и эффективности гипносуггестивной терапии.

Совершенно ясно, что и в данном случае также имелась ошибка интернистов, состоящая в полном игнорировании психогении и патофизиологических механизмов возникшей на этой основе функциональной кортико-висцеральной патологии. Наш диагноз: истерический невроз с кортикогенным висцеральным компонентом.

К сожалению, нам и нашим сотрудникам нередко и до сих пор приходится наблюдать больных с самыми разнообразными диагнозами несуществующих у них органических заболеваний различных внутренних органов и систем. Такого рода больные месяцами и годами остаются без надлежащей помощи, совершенно бесплодно подвергаясь ошибочно назначаемому им лечению.

Необходимо отметить, что в силу какой-то ничем не оправданной традиции интернисты нередко отказывают в лечении больным с заболеваниями внутренних органов, направляя их к невропатологам, а последние склонны посылать их к интернистам.

Мы считаем, что лечение заболеваний внутренних органов во всех случаях является делом интернистов, а отнюдь не невропатологов. Однако интернисты всегда должны применять патогенетически правильное лечение, построенное на анализе механизмов кортико-висцеральной патологии и включающее психотерапию (всех видов) как важное, а в отдельных случаях и решающее средство лечения.

Таким образом, на основе физиологического учения И. П. Павлова создалась полная возможность патогенетически правильного подхода интернистов ко всем больным и притом как со стороны диагностической, так и лечебной. Этой основе не всегда уделяется внимание, о чем свидетельствуют уже описанные диагностические ошибки и следующее весьма показательное наблюдение.

4. Больная М., 40 лет, в течение 20 лет, начиная с 11916 г., безуспешно лечилась в ряде терапевтических клиник, в санаториях и на курортах по поводу диагностированного у нее «рака желудка», затем «язвы желудка». После ряда лет безуспешного лечения последовал диагноз: «хронический катар желудка». Наконец, в связи с постоянным снижением общей кислотности (7-8) и отсутствием свободной соляной кислоты был поставлен окончательный диагноз: «атрофический катар желудка». Однако лечение эффекта не давало, и положение больной было очень серьезным.

Так ка:к у больной наряду с общим истощением, нервозностью, расстройством сна, кошмарными сновидениями наблюдались гипнагогические галлюцинации, она в 1936 г. была направлена к нам в клинику. Путем сопоставления содержания ее сновидений и псевдогаллюцинаций нам удалось вскрыть тяжелую психическую травму, явившуюся причиной всего патологического синдрома: в 1916 г., находясь в Средней Азии, она пережила трагическую гибель всей своей семьи. На ее глазах были замучены ее отец, муж и дочь, а она сама была захвачена в плен, из которого ей удалось бежать. Именно после этого у нее возникла мучительная дисфункция желудка.

Применена психотерапия в форме внушения во внушенном сне «спокойного отношения к пережитому, потерявшему всякое жизненное значение, самообладания в борьбе с невзгодами, веры в свои силы» и т. п. с последующим внушенным сном-отдыхом в течение часа. Десять таких сеансов психотерапии привели к полному и устойчивому восстановлению здоровья, причем не только прекратились все жалобы, но и объективно в желудочном соке впервые за 20 лет стали обнаруживать свободную соляную кислоту. Повысилась и общая кислотность. Больная быстро стала поправляться. Была под нашим наблюдением в течение 18 лет, продолжая чувствовать себя здоровой. Демонстрировалась в 1936 г. на конференции диспансера Украинского психоневрологического института и в 1954 г. на конференции отдела неврозов Центральной психоневрологической больницы МПС (наблюдение автора).

Следует также указать на возможность действенной помощи, которую дает психотерапия в начальных стадиях развития гипертонической и язвенной болезни, а также, как упоминалось выше, в случаях (и даже тяжелых) психогенного базедовизма. Нужно отметить, что в таких случаях наиболее эффективна комбинированная психотерапия, проводимая сначала в бодрственном состоянии, в форме разъяснения, успокоения и убеждения, с повторением в дальнейшем того же в состоянии внушенного сна, в котором внушается и «забвение всех имевшихся в прошлом тяжелых переживаний». Сеансы сопровождаются продолжительным внушенным сном-отдыхом, который особенно необходим в тяжелых случаях. Нормализуя тонус коры мозга, он восстанавливает нарушенные функции вегетативно-эндокринной системы.

В этом направлении исследования были выполнены в 1947-1949 гг. нашим сотрудником М. И. Кашгаур (1953) в Харьковской эндокринологической клинике, в диспансере Украинского психоневрологического института и в клинике неврозов Центральной психоневрологической больницы МПС. Они показали, что случаи

психогенного гипертиреоза требуют строго индивидуального подхода и применения указанных выше приемов психотерапии с последующим длительным внушенным сном-отдыхом. Из 75 обследованных ею больных тиреотоксикозом 48 имели психическую травму. У 22 из этих больных проводилась психотерапия с положительным результатом и с катамнезом, прослеженным в течение 3-4 лет. Приведем одно из наблюдений М. И. Кашпур.

5. Больная В., 27 лет, направлена в диспансер Украинского психоневрологического института эндокринологическим диспансером с диагнозом гипертиреоза. Заболела остро 2 месяца назад после испуга: во время дневного сна была разбужена криками: «Пожар!» вблизи своего дома. Появилось чувство тяжести в груди, ощущение «давящего тела» в горле, сильное сердцебиение. Такое состояние продолжалось несколько дней. Предполагая базедову болезнь, врач назначил лечение препаратами йода. Через месяц больная отметила нарастающее увеличение передней части шеи. Состояние (ухудшалось: увеличилась потливость, возникло ощущение «волн под кожей» во всем теле, резкая утомляемость и, наконец, полная потеря трудоспособности. Больная утратила способность сама себя обслуживать, так как малейшее физическое напряжение ее сильно утомляло. Появилась нетерпеливость и повышенная слезливость. Объективно: напряжена, дрожание вытянутых пальцев рук, глазные щели расширены, редкие мигательные движения, небольшой экзофтальм, мягкая пульсирующая струма, пульс 100 ударов в минуту, основной обмен +23%. Проведено 6 сеансов успокаивающей и разъяснительной психотерапии в бодрственном состоянии, сопровождаемых последующим длительным отдыхом во внушенном сне.

С первого же сеанса отмечено улучшение. К концу лечения бодрое настроение, уравновешенность, наладился сон, пульс 74 удара в минуту, исчезли тягостные ощущения в теле, а затем и утомляемость. Больная уже могла делать прогулки на большие расстояния и выполнять домашнюю работу. Закончив лечение, уехала домой вполне здоровой. Демонстрировалась на конференции врачей.

Автором отмечены случаи базедова синдрома, развившегося по физиологическому механизму внушения и самовнушения у больных, отличающихся тревожно-мнительным характером (27 человек), например после чтения в книге о базедовой болезни, после встречи с больными базедовой болезнью и т. п. Как мы уже указывали, развитие этого синдрома по механизму внушения и самовнушения находит свое обоснование в учении И. П. Павлова.

Успешное лечение психогенных тиреотоксикозов путем комбинированной психотерапии осуществлялось И. М. Вишем (1960). Из 28 больных психогенной базедовой болезнью у 21 больного был получен положительный и стойкий эффект при наблюдении от 2 до 10 лет.

Принимая во внимание наличие психогенных тиреотоксикозов и положительную эффективность их индивидуальной психотерапии, нужно считать большой ошибкой игнорирование терапевтами и хирургами такого рода терапии. В классификациях тиреотоксикозов психогенная форма базедова синдрома должна занимать свое место, причем следуем учитывать, что эффективное лечение возможно

именно путем индивидуальной психотерапии.

В связи с этим мы не можем согласиться с категорическим заключением Шильдера и Каудерса (1927), будто «в качестве нормального средства лечения базедовой болезни гипноз, конечно, никоим образом рассматривать нельзя». Дело в том, что начинать всегда необходимо с анализа условий развития тиреотоксикоза и если в его этиологии лежит психогенный фактор, то применение психотерапии совершенно необходимо.

Для врачей-интернистов могут представить интерес рентгенологические исследования П. Н. Буля (1959). Как им показано, внушение во внушенном сне отрицательных эмоций вызывает длительный спазм сфинктеров желчного пузыря, что приводит к застою в нем желчи. Автор полагает, что психическая травматизация, приводящая к такого рода спазму сфинктеров и к застою желчи, должна создать благоприятные условия для развития в желчном пузыре инфекционных заболеваний. В патогенезе холецистита немаловажную роль играют, по его мнению, психические травмы.

Основываясь на данных этой работы, выполненной им совместно с И. С. Преображенской, П. Н. Буль в дальнейшем с успехом применил гипносуггестивную психотерапию для лечения больных холециститом. При этом у 10 из 20 больных приступы холецистита оказались обусловленными психотравматизацией.

Психотерапия с последующим длительным внушенным сном-отдыхом была использована во 2-й терапевтической клинике Харьковского медицинского института (зав. проф. С. Н. Синельников) у 65 больных язвенной болезнью. Применялась групповая терапия длительным внушенным сном. Лечение проводилось Н. О. Кирзон без применения снотворных в течение 20 суток. Продолжительность сна составляла 15-17 часов в сутки. Полученные результаты оказались весьма обнадеживающими. Так, до лечения интенсивность болей у этих больных была значительной, диспепсические явления были выражены в значительной степени, кислотность желудочного сока у подавляющего числа больных была повышена, а рентгеноскопически ниша выявлена у 56 человек. Уже с третьего дня лечения интенсивность болей у большинства больных постепенно уменьшилась, а к седьмому–девятому дню боли исчезли. При этом все больные находились на расширенной диете: кроме питания, полагавшегося по столу №1, они получали мясные и рыбные блюда, фрукты, сыр, икру и т. д. Одновременно с болями исчезали диспепсические явления, кислотность желудочного сока заметно нормализовалась, рентгеноскопически наблюдаемая ниша исчезла у 35 из 56 человек. Среднее нарастание веса за время лечения было от 2 до 3 кг, достигая у некоторых больных 4 кг. Кроме того, отмечена зависимость эффективности психотерапии от типовых особенностей нервной системы. Так, в группе возбудимых больных отмечался меньший процент выздоровления, в то время как в группе «тормозных» и «уравновешенных» больных эффективность лечения была наиболее высокой.

Для иллюстрации приводим одно из наблюдений.

1. Больной П. поступил в клинику 18/XI 1951 г. по поводу обострения язвенной болезни: резко выраженные боли, почти ежедневная рвота после приема

пищи и другие диспепсические явления. Болен с 1945 г. В январе 1950 г. боли участились, было желудочное кровотечение. С ноября 1951 г. резкое ухудшение, в эпигастрии при пальпации резкая боль, настроение подавленное, повышенная реактивность. Рентгенография: на малой кривизне желудка язвенная ниша.

Применена терапия внушенным сном-отдыхом, причем в течение 21 дня больной спал по 15–17 часов в сутки. Время от времени в условиях внушенного сна делались соответствующие словесные внушения. Сон вызывался внушением. С первого же дня больной засыпал хорошо, но в течение 10 первых дней просыпался от болей. Затем боли стали уменьшаться, во вторую половину периода лечения спал спокойно и глубоко, без сновидений (как во время внушенного сна, так и ночью). По мере ослабления болей самочувствие, эмоциональное состояние и аппетит постепенно улучшались, уменьшались, а вскоре совсем исчезли диспепсические явления. Исчезла апатия, появилась вера в выздоровление. Несмотря на расширенный пищевой режим, болей не было. Во время контрольной рентгеноскопии ниша не обнаружена. Больной выписался в уравновешенном эмоциональном состоянии, с прибавкой в весе на 3,5 кг, пробыв в клинике 24 дня.

Как показали эти наблюдения, интернистам необходимо иметь в виду возможность психогенных расстройств функций внутренних органов (чаще всего желудочно-кишечной и сердечно-сосудистой систем). В таких случаях психотерапия является прямо показанной. О необходимости применения психотерапии интернистами см. примечание 10 (стр. 540).

Нужно иметь в виду также возможность изменения под влиянием эмоционального состояния больного.

Следует также помнить об условной лейкоцитарной реактивности, которая может проявиться при несоблюдении правил взятия крови, о чем мы уже упоминали на стр. 176–177.

Из предыдущего изложения видно, что психотерапия может быть использована и при таких болезнях, как бронхиальная астма, пароксизмальная тахикардия, гипертоническая болезнь в начальной стадии, особенно если в их основе лежат психогенные факторы, приводящие к перенапряжению или даже срыву основных корковых процессов.

Приводим весьма показательное в этом отношении наблюдение.

2. Больная 20 лет обратилась с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, возникающие без всякого внешнего повода по нескольку раз в день и длящиеся от 1 до 4 часов, причем во время приступов частота пульса доходит до 140 ударов в минуту. Больна около 2 лет, все это время лечилась амбулаторно (фармако- и гидротерапия) с диагнозом пароксизмальной тахикардии; улучшения не наступало.

В анамнестической беседе установлено, что начало заболевания было связано с психической травмой: однажды, находясь в ложе театра, увидела, что жених сидит с другой девушкой. Это ее сильно взволновало, участилось сердцебиение, долго не могла успокоиться. Ночь провела плохо, так как продолжалось учащенное сердцебиение. Заснула лишь под утро. Хотя утром проснулась уже без тахикардии

и в течение ближайших дней успокоилась, однако через несколько дней приступы тахикардии возобновились. Это породило у нее страх их возобновления.

Применена гипносуггестивная терапия с длительным внушенным сном-отдыхом после каждого сеанса. После 10 таких сеансов приступы тахикардии прекратились, однако страх возобновления их держался еще долгое время. Больная ходила по улицам лишь в сопровождении родных. Последующими сеансами гипносуггестивной терапии этот страх был также устранен. Положительный катамнез прослежен на протяжении 2 лет; рецидивов не было (наблюдение Е. А. Ворониной).

Особое значение в клинике внутренних болезней приобретает терапия внушенным сном-отдыхом резко ослабленных больных с соответствующими успокаивающими и подбадривающими словесными внушениями. Приводим один из таких примеров.

Больная после гриппозной пневмонии была в сильной степени истощена, слаба и адинамична, жаловалась на упорную бессонницу и отвращение к пище. Состояние было тяжелым. После 1-го сеанса внушенного сна-отдыха длительностью около получаса (заснула скоро и глубоко) почувствовала достаточную физическую бодрость, появился аппетит. Повторение в последующие дни внушенного сна-отдыха длительностью до 8 часов окончательно восстановило ночной сон и аппетит. Состояние больной с каждым днем улучшалось. Через неделю она уже свободно двигалась, чувствуя себя совершенно здоровой.

Следует отметить, что в начальной стадии таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, туберкулез легких, одним из основных методов лечения является не только успокаивающая, но и стимулирующая психотерапия, понимаемая в широком смысле, которая через кору мозга тонизирует функции вегетативно-эндокринной системы.

Как известно, отечественные клиницисты (С. П. Боткин, Г. А. Захарьин и др.) издавна придавали большое значение отрицательным переживаниям в развитии и обострении туберкулезного процесса. В наше время этот вопрос вновь поднят советскими авторами – С. Д. Вознесенским,. Е. В. Миртовской (1934), А. Л. Самойлотаичем (1940), С. В. Берлин-Чертовым (1948) и др.

Исследованиями Р. Я. Шлифер (1930) подтверждена правильность мнения ряда авторов о вредном влиянии на течение туберкулезного процесса отрицательных эмоций. Психотерапия же, наоборот, повышая тонус коры мозга, положительно влияет на соматические процессы и на функции вегетативной нервной системы, что содействует эффективности борьбы с туберкулезом. У больного таким путем может быть нормализован и пролонгирован сон, повышен аппетит и создана и укреплена вера в выздоровление.

Однако в обширной литературе о влиянии туберкулезной инфекции на психику ничего не сказано о важном значении психотерапии для повышения тонуса коры мозга больных туберкулезом легких; в этом отношении имеются указания лишь самого общего характера.

Применение психотерапии может быть полезно для больных туберкулезом не только со стороны соматической. Она бывает необходима также для устранения

реактивных невротических состояний, возникающих в результате различного рода травмирующих психику факторов, нарушающих функции нервной системы больного и ставящих его организм в трудные для борьбы с инфекцией условия. При этом прежде всего необходимо учитывать у некоторых больных сильнейшую отрицательную астеническую реакцию на само туберкулезное заболевание.

Для иллюстрации приведем одно из наблюдений Р. Я. Шлифер.

1. Больной И., 36 лет, обратился с жалобами на то, что 2 года назад после тяжелой психической травмы (смерть жены и ребенка) у него был обнаружен туберкулез легких. Отмечено отсутствие аппетита, бессонница, раздражительность, общее недомогание, полное отвращение к жирам, кахексия, кашель с мокротой, содержащей туберкулезные бактерии. Реакция оседания эритроцитов по Лицмееру 45 минут. Со стороны нервной системы отмечаются неврастенические явления. Наследственность не отягощена.

Применена гипносуггестивная терапия с целью изменить отношение больного к пережитому, устранить расстройство функций вегетативной нервной системы. После предварительной беседы больной погружен в глубокую дремоту, в которой ему внушалось спокойное отношение к семейному горю и заболеванию туберкулезом, бодрость и уверенность в выздоровлении, хороший сон и аппетит: «Вы будете есть все с удовольствием, от этого зависит ваше выздоровление. Вы будете есть масло и жирную пищу. Вы спокойно относитесь к воспоминаниям о случившемся несчастии, у вас вернулись интерес к жизни, душевные силы и бодрость» и т. д. Сеансы проводились через день. С каждым разом состояние больного улучшалось. После 4-го сеанса аппетит улучшился настолько, что больной ел с удовольствием 5-6 раз в день, употребляя много масла. О смерти жены и ребенка вспоминал спокойно. Через 10 дней прибавил в весе 3 кг. В течение 3 недель было проведено 8 сеансов. Самочувствие хорошее, больной «не узнает себя», в весе прибавил 4 кг, температура 37,2-37,1°, уменьшились кашель и количество выделяемой мокроты. Лишь изредка в мокроте обнаруживались единичные бактерии (до проведения указанных выше внушений их было 12-14 в поле зрения). Фтизиатром констатировано значительное ослабление объективных признаков процесса. Больной уехал и через 4 месяца написал о своем полном благополучии: «Я счастлив, что попал на лечение в психоневрологический диспансер. Целый год я лечился в Крыму в туберкулезных диспансерах, но это не дало улучшения. Ваш диспансер помог мне стать здоровым. Я ем хорошо, ем жиры, сплю хорошо, спокойнее вспоминаю мучивший меня ранее образ жены и ребенка. Бактерий в мокроте нет, процесс прекратился. Я прибавил за это время в весе 12 кг, снова вернулся к жизни и уже начал работать».

Наблюдения показали, что и групповая психотерапия (в форме психотерапевтических и психопрофилактических собеседований и лекций) в туберкулезных санаториях и диспансерах также должна занимать видное место. Нам лично пришлось убедиться в значительной пользе этих лекций и бесед, которые проводились нами в некоторых санаториях Грузии (Бакуриани) и Украины (Ромны).

Все это говорит о настоятельной необходимости обращать внимание на общее

состояние психической сферы больных туберкулезом легких.

Для успеха лечения этих больных необходимо изучать не только состояние их легких, но и состояние их психики, их высшей нервной деятельности. Нужно лечить не только болезнь, но и больного. Все это требует от фтизиатра достаточно глубокого знакомства с физиологией высшей нервной деятельности и систематического применения методов психотерапии. Именно таким путем оказывается возможным повышать защитные силы организма, стимулировать ослабленные соматические процессы и содействовать больному туберкулезом в борьбе с его болезнью.

Мы полагаем, что дальнейшие исследования и наблюдения в этом направлении должны привести к признанию необходимости включить психотерапию в комплекс применяемых в туберкулезных санаториях терапевтических мероприятий.

Хирургические заболевания.

Хирургической клиникой со специфическими для нее оперативными методами лечения применяются разного рода чрезвычайно сильные раздражители, воздействие которых не может не отражаться на состоянии корковой динамики больного. Поэтому именно в условиях хирургической клиники особенно четко выражено профилактическое и терапевтическое значение своевременно и правильно примененного врачебного словесного воздействия. Оно должно быть высоко гуманным и тактичным, и в то же время достаточно сильным и императивным.

В условиях оперативной хирургии в значительной мере перенапрягается прежде всего «общий инстинкт жизни» (И. П. Павлов), к чему больной должен быть тщательно психопрофилактически подготовлен.

Одним из интересных применений, какие в хирургической клинике находит гипнотическое внушение, является внушенная анальгезия, исключающая необходимость применения наркоза при оперативном вмешательстве.

В России пионером применения в хирургии внушенной анальгезии для целей общего или местного обезболивания был П. П. Подъяпольский (1915). На Украине этот метод впервые был применен в гинекологической клинике А. П. Николаевым (1923), в хирургической и гинекологической клиниках нами и Г. З. Вельвовским (1923), а затем неоднократно применялся другими нашими сотрудниками. За рубежом применение внушенной анальгезии для целей хирургического обезболивания было осуществлено Форелем, Фогтом, Тилло, Бурдоном, Говардом (Voigt, Tilleaux, Burdon, Howard) и др.

Первая хирургическая операция под гипнозом (оперировал проф. И. В. Кудинцев) с нашим участием состояла в удалении послеоперационных спаек. Приводим краткое ее описание. Цит. по Моллю, 1909.

Больная Н., 23 лет, назначена на операцию для удаления послеоперационных спаек после произведенной несколько лет назад аппендэктомии. Для осуществления этой операции в условиях внушенной анальгезии было проведено 4 подготовительных сеанса словесного внушения во внушенном сне, в которых внушалось

спокойное отношение к предстоящей операции. За несколько минут до операции больной, усыпленной в палате путем словесного вкушения, был внушен полный двигательный и чувствительный паралич нижней половины тела, происшедший якобы «под влиянием поясной перетяжки тела жгутом». Затем больная, находясь в состоянии внушенного сна, была перевезена в операционную, где и была оперирована. Во время разреза кожи и фасции брюшины и остановки кровотечения больная была абсолютно спокойна: выражение лица и дыхание спокойные, пульс равномерный (68 ударов в минуту). Обнаружены множественные спайки, причем слепая кишка оказалась заключенной в мешок из образовавшихся спаек. Удаление спаек не вызывало реакций со стороны спящей, но в момент напряжения брыжейки появилось беспокойство: «Почему не так спокойно сплю?» «Мне неприятно, хочу домой!», «Скажите профессору, что не хочу операции!» Пульс, бывший все время равномерным, хорошего наполнения, участился до 100 ударов в минуту. Больной внушено успокоение и приятное сновидение: «Вы катаетесь на лодке с веселой компанией в лунную ночь» и т. д., после чего больная успокоилась и спала спокойно. Очевидно, внушенное сновидение, создавшее очаг возбуждения в коре мозга, путем отрицательной индукции затормозило интероцептивно раздражаемый район коры, избавив больную от неприятных ощущений. После операции больная в том же состоянии внушенного сна была перевезена в палату, где и была разбужена. По пробуждении самочувствие очень хорошее, полное отсутствие представления о совершившейся операции, длившейся около часа. В тот же день после соответствующего словесного внушения легко и без всякой напряженности восстановилась функция мочеотделения. После заживления раны первичным натяжением выписана в хорошем состоянии (наблюдение автора).

Второй наш опыт внушенного обезболивания при хирургическом вмешательстве, также проведенном во внушенном сне, был по поводу паховой грыжи у больного В. Операция была произведена в хирургическом отделении 2-й Харьковской больницы и прошла также успешно.

Чтобы показать диапазон применения гипносуггестивной анальгезии в хирургической практике, отметим операции, произведенные во внушенном сне некоторыми хирургами Украины и РСФСР. Напомним прежде всего о применении гипносуггестивной анальгезии пионером в этой области гипнологом П. П. Подъяпольским (1916). В период первой мировой войны с его участием было произведено безболезненно во внушенном сне около 30 хирургических операций: иссечение венозных узлов вдоль всей нижней конечности, резекция ребра, резекция носовой перегородки, удаление пули из пяточной кости и т. п. При участии И. 3. Вельвовского, проф. М. Б. Фабрикантом в Харьковской студенческой больнице в 1924 г. были произведены такие операции, как удаление невриномы бедра, фиброаденомы молочной железы, постаппендэктомических сращений и пр. Отметим описанный В. А. Бахтиаровым (1933) исключительный по сложности, обширности операционного поля и продолжительности операции (2,5 часа) опыт гипносуггестивного обезболивания при верхней торакопластике, проведенной хирургом И. И. Вартлинским в туберкулезном отделении Свердловской железнодорожной больницы. Было резецировано 7 верхних ребер и отсепарирована

от них лопатка у больной туберкулезом 29 лет, которая находилась в тяжелом состоянии и которой было противопоказано применение химического наркоза. Операция, как и послеоперационный период, прошла хорошо во всех отношениях; об операции больная не помнила.

Если в описанных выше случаях операции проводились хирургами при содействии врачей-гипнологов, то примеры, приводимые ниже, указывают на возможность не только гипнотизирования самим хирургом, но и одновременного проведения им же операции. С. М. Берг (1926), первый из русских хирургов применивший вполне самостоятельно гипноз для оперативного обезболивания, сделал интересные наблюдения, касающиеся использования приемов словесного внушения в хирургической клинике.

Как показали наблюдения С. М. Берга (1926), у лиц, легко поддающихся внушению, малые хирургические операции могут производиться в условиях внушенной анальгезии в бодрственном состоянии. Он отмечает, что в амбулаторных условиях внушенная анальгезия в бодрственном состоянии «может быть получена у многих больных чаще, чем принято думать». По-видимому, при свежей травме, как и при хирургической операции по неотложным показаниям, тонус коры мозга больного оказывается резко сниженным, вследствие чего внушаемость резко повышена, что в соответствующих случаях и должно быть использовано хирургом.

Немалый интерес представляют клинические наблюдения хирурга П. И. Щеглова (1930), который также успешно оперировал под гипнозом. Из 18 таких операций в одном случае была пробная лапаротомия по поводу рака шейки матки, в одном – ампутация матки, в двух – эктомия желчного пузыря, в одном – пластика свища околоушной железы, далее –пластика по Таршу, по Мареску, иссечение части щитовидной железы, чревосечение при раке шейки матки, надвлагалищная ампутация фиброматозной матки, вентрофиксация и, наконец, 9 аппендэктомий. Все эти операции проводились в условиях словесного обезболивания во внушенном сне, без применения каких бы то ни было наркотических веществ.

Далее, в хирургической клинике I Московского медицинского института хирургом Р. А. Парамоновым без помощи врача-гипнолога были успешно произведены во внушенном сне 2 операции грыжесечения, 5 операций удаления липом и ганглиом, 2 вылущивания фаланг, затем вскрытия флегмон и абсцессов (20 случаев) и удаление зубов (28 случаев). При этом хирургами была признана полная возможность и целесообразность одновременного словесного усыпления и производства операции. Гипносуггестивная подготовка больных базедовой болезнью к операции под наркозом с успехом применялась Г. М. Гуревичем и И. С. Мастбаумом в хирургической клинике Харьковского стоматологического института.

Опыт применения внушенной анальгезии оправдал себя также в амбулаторной зубоврачебной практике, даже при тяжелых стоматологических операциях, не говоря о несложных, причем зубы и корни в ряде случаев удалялись при наличии периостита (И. 3. Вельвовский, Харьковская студенческая поликлиника). Успешно работают в этом направлении врачи-стоматологи Г. С. Рапопорт (г. Березники Пермской области), В. П. Донец (с. Михайловка Павлодарской области), Д. И. Мерута (Винница) и др. При этом речевая психотерапия применяется для

устранения страха перед болью, невротических наслоений, возникающих при длительно испытываемых зубных болях, и пр.

Все это указывает на возможность проведения разного рода хирургических операций, даже полостных, не под наркозом, а во внушенном сне. Если гипносуггестивный метод не может быть широко применен ввиду необходимости предварительной подготовки больного к операции, то его нужно иметь в виду во всех случаях, когда применение химического наркоза противопоказано.

Более широко гипносуггестивный метод может быть использован в форме так называемого гипнонаркоза (наркогипноза), когда одновременно с внушенным сном дается небольшая доза наркотика (эфир хлороформ). Опыт показывает, что даже при длительных операциях потребление в этих условиях наркотических средств может быть снижено на 70-80% (С. М. Берг, В. А. Бахтиаров, Д. И. Щеглов, И. З. Вельвовский). Так, Д. И. Щеглов из 18 операций 13 провел под гипнонаркозом, при резко уменьшенной дозировке химического наркоза. Иногда же, если во время хирургической операции под гипнозом у больного появляется боль, то для углубления внушенной анальгезии дается небольшое количество наркотизирующего вещества (20-30 мл эфира).

Вопросу о целесообразности применения при хирургической операции внушенной анальгезии посвящен доклад А. В. Гуляева на XXVI Всесоюзном съезде хирургов (1955). При операциях, проводимых под местным наркозом, таким путем удается устранить участие в ней психики больного, причем последнему внушается уверенность в благоприятном исходе операции и отсутствие страха перед ней.

Широкие возможности применения внушенного сна и словесного внушения имеются в предоперационном и послеоперационном периодах. Естественно, что особое внимание хирурга должно привлекать психическое состояние больного перед предстоящей операцией, так как в этих условиях на кору его мозга падает целый комплекс разнообразных сильных раздражителей, зачастую чрезвычайно травмирующих психику больного.

С. М. Берг (1926) подробно останавливается на роли, какую речевая психотерапия должна играть в предоперационном периоде. Если послеоперационный период представляет собой прекрасно разработанную главу хирургии, – говорит он, – то этого ни в коей мере нельзя сказать о периоде предоперационном, хотя многие хирурги совсем не напрасно ценят хорошее и бодрое душевное состояние своих пациентов перед операцией. В наше время никто не будет отрицать влияния нервной системы на развитие и течение соматических процессов, как патологических, так и физиологических. Это обязывает хирургов учитывать состояние корковой динамики своих пациентов перед операцией и, следовательно, ставить вопрос о психопрофилактике предоперационного периода. С. М. Берг отмечает также, что многие хирурги механически подходят к своим больным и забывают об основных законах физиологии высшей нервной деятельности. Старое положение, что чем больше у больного жалоб, тем меньше у него объективных данных, должно быть отброшено. Не следует забывать, что часто за «выдуманными» жалобами таятся настоящие, невыдуманные страдания и что жизнь предъявляет

врачу настоятельное требование быть психопатологом и психотерапевтом.

Таким образом, психотерапевтическая (а когда это необходимо, и гипносуггестивная) подготовка хирургических больных к операции является прямо показанной и должна входить в один из канонов, составляющих научное кредо хирурга. Применение словесного внушения и внушенного сна в предоперационном периоде полностью удовлетворяет всем требованиям охранительного режима в этом периоде. Страх и волнение перед операцией, как и сам вид операционной, иногда вызывает у больного реактивное невротическое состояние, бессонницу, отсутствие аппетита, общий или местный кожный зуд и т. д.

Все это без особого труда и в кратчайший срок может быть устранено путем соответствующего словесного внушения. Как показали наши наблюдения, в таких случаях весьма полезна терапия длительным внушенным сном без дачи каких-либо химических снотворных или же при минимальной их дозировке. В предоперационном периоде может быть применен метод групповой подготовки в форме одновременного внушенного сна нескольких больных в течение более или менее длительного срока. Для этой цели могут быть применены те или иные безусловные раздражители. Усыпление может быть ускорено путем дачи в первые 2-3 сеанса 0,75-1 г хлоралгидрата или 0,1-0,15 амитал-натрия или же применением косвенного внушения (с дачей соответствующего индифферентного вещества).

Приводим пример успешного применения психотерапии у больной с тяжелым предоперационным невротическим состоянием.

Больная С, 38 лет, поступила в хирургическую клинику для оперативного вмешательства по поводу туберкулезного поражения XII грудного и I поясничного позвонков. При поступлении жалобы на повышенную раздражительность, неустойчивое настроение, плохой сон, отсутствие аппетита. Ввиду тяжелого реактивного состояния больной, обусловленного основным заболеванием (туберкулез позвоночника), операцию (фиксация позвоночника по Ольби) пришлось отложить.

Однако после 2-месячного пребывания больной в клинике в ее состоянии наступило ухудшение: появились сильные головные боли, тошнота, рвота, сердцебиение, боли в области сердца, почти полное отсутствие сна и аппетита (без каких-либо признаков органического поражения внутренних органов и нервной системы). Заключение невропатолога: очаговых и менингеальных симптомов нет. Функциональный невроз с истерическими реакциями, вегетативная дистония. Так как состояние больной ухудшилось, а лекарственная терапия эффекта не дала, назначена психотерапия.

Общий вид больной и ее поза были весьма характерны: лежит на спине, со взглядом, устремленным в потолок, боясь повернуть голову, «чтобы сразу не возникла рвота». Говорит шепотом, жалуется на головную боль и частую рвоту. Почти ничего не ест, ночью почти не спит, а засыпая, тотчас видит «кошмарные сновидения». Непрерывно находится в состоянии страха. Временами возникают приступы тахикардии, сопровождающиеся одышкой с болями в области сердца. Сознавая,

что в таком состоянии она не может быть оперирована, а без операции ей угрожает обострение процесса в позвоночнике, пришла к мысли о самоубийстве.

На 1-м сеансе гипносуггестивной терапии быстро заснула, внушалось отсутствие головной боли, хороший сон и аппетит, бодрое настроение, стремление быстрее окрепнуть перед операцией. Разъяснено, что все ее тяжелые переживания являются следствием утомления нервной системы и что под влиянием психотерапии все страдания исчезнут. Проснулась без головной боли, в хорошем настроении, заявила, что «хочет есть». В дальнейшем сеансы проводились ежедневно, затем через день и, наконец, были заменены беседами, проводимыми в бодрственном состоянии. В течение первой же недели психотерапии у больной появился интерес к окружающему, она стала хорошо спать и есть, начала читать и вышивать. А через 2 месяца после этого, когда она достаточно окрепла, была сделана операция – костнопластическая фиксация позвоночника по Ольби. Выписана в хорошем состоянии. Через 6 месяцев явилась в клинику и подтвердила свое благополучие (наблюдение Ф. Ф. Сивенко).

Широкое поле для применения словесного воздействия представляет послеоперационный период. По свидетельству С. М. Берга, у 50% послеоперационных больных жалобы всякого рода могут быть устранены путем словесного внушения в бодрственном состоянии, а у остальных – в легкой внушенной дремоте. Таким путем может быть устранена боль от ран, перевязок, тягостные послеоперационные болевые ощущения вне операционного поля (из-за вынужденного неподвижного положения в постели) и пр. Путем простого словесного внушения может быть устранено чувство мучительного голода, что легко осуществляется путем внушения мнимого кормления. Наконец, таким методом устраняются наблюдающиеся после химического наркоза явления задержки газов, мочи, ее недержание и т. д. В таких случаях словесное внушение устраняет необходимость в газовой трубке, в катетере и в инъекции наркотиков.

Таким образом, метод словесного внушения является важным вспомогательным средством в хирургической клинике. Однако нет оснований думать о систематическом применении метода гипносуггестивного обезболивания при больших и сложных операциях и полном вытеснении химических анальгетиков. Тем не менее сочетание метода внушенного обезболивания с наркотической анальгезией должно занять в хирургической практике свое важное место. В интересах больного среди других профилактических мер, применяемых в предоперационном периоде, всегда желательно предварительно проверить, можно ли использовать для целей обезболивания также метод гипносуггестивной анальгезии. При этом в случае неудачи словесного усыпления успех может быть обеспечен предварительным приемом небольших доз снотворных.

Первые ранние попытки применения гипносуггестивного метода в хирургии убедили отечественных хирургов–пионеров применения словесного внушения для целей обезболивания – в его значимости и необходимости овладения им самими хирургами. Методика словесного внушения и гипноза должна быть усвоена каждым хирургом «в такой же мере, как и метод химической наркотизации» (С. М. Берг). Вместе с тем не менее очевидна необходимость внедрения этого метода в повседневную хирургическую практику (Д. И. Щеглов). Поэтому нужно считать вполне правильным высказанное А. Н. Бакулевым (1951) сожаление о том, что в настоящее время «кратковременный период увлечения гипнонаркозом предан забвению и этот поистине физиологический метод воздействия на психику хирургического больного оставлен в зачаточной фазе своего развития...»

Итак, мы склонны думать, что все методы психотерапевтического воздействия на больного должны занять в хирургической клинике принадлежащее им по праву важное место.

Психотерапия и психопрофилактика в акушерстве и гинекологии.

Акушерство и гинекология являются теми разделами медицины, где использование слова как лечебного и профилактического фактора получило по количественным показателям наибольшее развитие.

Первые попытки использования словесного воздействия в акушерстве и гинекологии можно проследить еще с конца XVIII столетия.

Остановимся сначала на вопросе о применении психотерапии в области акушерства, в основном при обезболивании родов и при борьбе с токсикозами беременности и с нарушениями лактации.

Нужно сказать, что попытки обезболивания родов словесным внушением делались еще в XIX столетии. Значительное внимание вопросу обезболивания родов внушением в гипнозе уделяли зарубежные, преимущественно немецкие, акушеры в 20-х годах текущего столетия. Сюда относятся работы Хеберера (НеЬеrer, 1922), Кристейна (Kristein, 1922), Цвейфеля (Zweifel, 1922), Рефлера и Шульца (Rofler u. Schultze, 1921), Опитца (Opitz, 1922), Фалька (Falk, 1922), Фридлендера (Fridlander, 1922), Нассауера (Nassauer, 1921) и многих других. За рубежом в те годы по этому вопросу был накоплен большой материал, но он не получил широкого признания и распространения, так как метод внушения и гипноза не имел к тому времени необходимого научного обоснования, а применение его для обезболивания родов практически оказывалось недостаточно удобным.

Тем не менее на конгрессе акушеров и гинекологов в Инсбруке (1922) вопросу обезболивания родов внушением в гипнозе был посвящен ряд докладов и практические условия применения этого метода продолжали разрабатываться. Так как между роженицей и усыпившим ее врачом в течение всего родового периода должен был сохраняться непрерывный контакт, для освобождения усыпившего врача от обязанности непрерывно находиться подле спящей роженицы было предложено-погружать роженицу во внушенный сон при первых схватках и пробуждать ее лишь по окончании родов. Однако это вело к снижению успеха обезболивания родов. Вместе с тем применение гипносуггестивного обезболивания родов требовало от акушера умения владеть методом гипнотизации, к чему далеко не все акушеры были способны. Кроме того, не каждая роженица могла оказаться достаточно гипнабильной.

Наиболее же затруднительным являлось проведение всего родового акта во внушенном сне роженицы. В силу этого такой способ обезболивания родов не мог получить достаточно широкого признания и применения.

Систематическая разработка методики речевого обезболивания родов как массового мероприятия стала возможна только в Советском Союзе, где Коммунистическая партия и правительство проявляют большую заботу о матери и ребенке.

Еще в 1925 г. мы ставили вопрос: действительно ли неизбежны родовые боли, как обычно считалось среди врачей в прошлые годы? Не является ли эта форма болей наслоением, порожденным различными условиями, среди которых едва ли не первое место занимает внушающее влияние библейского проклятия: «В муках будешь рожать детей твоих»? Неотсюда ли и укоренившееся порочное убеждение о неизбежности болей в родах и даже их необходимости для успешного течения родового акта?

Зная, какое влияние может оказывать внушение и самовнушение на вегетативные и анимальные процессы, как и на функциональное состояние всего организма в целом, мы видели, что такая постановка вопроса о происхождении родовых болей, как и их устранения, является, вполне законной (К. И. Платонов, 1925а).

В этом направлении в целях нахождения оптимальных условий суггестивного обезболивания родов и обеспечения его широкого применения нами вместе с нашими сотрудниками были проведены систематические исследования.

Прежде всего нас интересовал вопрос о возможности проведения родов не во внушенном сне роженицы, как это делали зарубежные авторы, а в бодрственном состоянии. С этой целью нами применялась проводившаяся в течение нескольких дней до родов предварительная подготовка рожениц (индивидуальная или групповая) в виде соответствующих внушений, делавшихся во внушенном сне.

Было установлено, что путем таких внушений, делаемых во время предварительной подготовки, можно провести обезболивание родов как в присутствии, так и в отсутствии подготавливавшего врача. В случае необходимости оказания неотложной помощи роженице, предварительная подготовка которой по тем или иным причинам не проводилась, обезболивание родов могло проводиться прямыми внушениями (во внушенной дремоте или во внушенном сне) или же косвенными внушениями в бодрственном состоянии. Одновременно разрабатывались условия речевого обезболивания родов по бехтеревскому групповому методу предварительной подготовки.

Таким путем было выяснено, что при каждом из этих вариантов положительный эффект обезболивания родов мог быть получен. Успех в основном зависел от психотерапевтической опытности акушера и от гипнабильности роженицы (или же от внушаемости ее в бодрственном состоянии). Во всяком случае, было показано, что родовой период может таким путем проводиться безболезненно или же с ослабленной болью.

Эффективность обезболивания родов внушением, полученная в 1935-1938 гг. в клиниках и больницах Москвы, Ленинграда и Харькова, показана на табл. 7.

Таблица 7

Сравнительные данные эффективности обезболивания родов методом внушения и медикаментозным *(в процентах)*

Метод обезболивания	Прямое внушение				Косвенное внушение	Медикаментозный метод
	индивидуальное		групповое			
место проведения	Москва, I Медицинский институт	Ленинград. ЦНИАГИ	Харьков, больницы № 15 и 21	Ленинград, гипнотарий судостроительного завода	Харьков, больницы № 15 и 21	Харьков, больница № 15
Число проведенных родов	280	501	776	550	234	915
Оценка успешности: «5»	55	29	41	67	35	26
«4»	32	38	32	24	27	42
«3»	10	12	16	6	28	22
«0»	3	21	11	3	10	10
«5»-)-«4»	87	67	73	91	62	68

Первые наши исследования, посвященные этому вопросу, относятся к 1923-1928 гг. Сотрудничая тогда с врачом-акушером М. В. Шестопалом (1922-1925) и психоневрологами – сначала с И. 3. Вельвовским (11922-1924), а затем с В. М. Кисловым (1929), П. П. Истоминым (1930) и Р. Я. Шлифер (1930), мы убедились в преимуществах применявшегося нами гипносуггестивного обезболивания родов перед медикаментозным.

Вместе с тем мы тогда же пришли к заключению, что в возникновении родовых болей во многих случаях немалую роль играет внушение и самовнушение. К такому же выводу пришел киевский акушер А. П. Николаев (1924), одновременно с нами применивший для обезболивания родов словесное внушение во внушенном сне.

В дальнейшем мы с нашими сотрудниками (психоневрологи 3. А. Копиль-Левина, Н. В. Переверзев и Ю. П. Токин и акушеры; И. Т. Цветков, В. П. Проняева и М. П. Коганов) продолжали систематическую разработку приемов обезболивания родов суггестивным методом в указанном выше направлении (К. И. Платонов, 1936, 1937, 1941, и 3. А. Копиль-Левина, 11941). Накопленный таким путем материал (776 случаев) показал значительную эффективность метода словесного внушения, применением которого родовые боли устраняются или же резко ослабляются. Мы убедились в том, что этот метод может быть эффективен не только во вмешенном сне но и в бодрственном состоянии роженицы.

Тем самым чисто опытным путем было установлено, что долго существовав-

шее убеждение акушеров в том, что родовая боль якобы нужна для нормального течения родов, является совершенно ошибочным. Вместе с тем мы убедились в необходимости специальных мероприятий, направленных на устранение перед родами разного рода сопутствующих им астенических эмоций (тревога, страх).

Попутно нашими исследованиями было выявлено, что и при медикаментозном обезболивании родов немалую роль может играть тот же скрытый психический фактор (косвенное внушение), чем маскируется подлинное воздействие обезболивающего фармакологического вещества (К. И. Платонов, 1938, 1940). Было выяснено также положительное значение самой подготовки (как индивидуальной, так и групповой) беременных к безболезненным родам, ибо таким путем своевременно устранялись отрицательные эмоциональные состояния, связанные не только со страхом и волнениями перед самими родами, но и с другими возможными привходящими отрицательными психическими воздействиями внешнего порядка.

В этом же подготовительном периоде легко могли быть вскрыты и различные реактивные невротические состояния, нередко оказывавшиеся ятрогенными, акушерскими (3. А. Копиль-Левина). Этот факт еще больше подчеркивал важную психопрофилактическую роль предварительных акушерских консультаций.

Значение предварительной подготовки особенно ярко демонстрировалось успешным обезболиванием родов у тех женщин, которые во время беременности прослушали наши популярные лекции об обезболивании родов, сопровождающиеся демонстрацией женщин, рожавших безболезненно в результате обезболивания родов суггестивным методом.

Положительные результаты были получены по методу внушения в большом числе случаев и другими авторами: В. И. Здравомысловым (Москва, 1930-1938), М. В. Вигдоровичем (Ленинград, 1935-1941), Э. А. Каган и Г. Г. Белозерским (Ленинград, 11931), М. М. Сыркиным (Киев, 1949), А. Ф. Гоциридзе и Я. А. Теровакимовым (Тбилиси, 1936), В. М. Кисловым (Донбасс, 1928, Тула, Пятигорск, 1947). Так, В. М. Кислов в своей практической работе лично провел свыше 100 обезболиваний родов с положительным результатом, используя словесное внушение. Им же была введена предварительная дородовая психопрофилактическая подготовка беременных в консультациях.

Успешность обезболивания родов внушением наглядно показывает случай, приведенный нами в примечании 11, где сама роженица описывает свои переживания в условиях обезболивания родов внушением (см. стр. 496).

Однако задача массового проведения обезболивания родов таким путем практического решения не нашла, так как и гипносуггестивная подготовка имела ряд неудобств, мешавших широкому применению метода. В условиях работы всех родильных домов и всех женских консультаций это было трудно осуществимо.

Тем не менее творческая мысль работала в этом направлении и поиски других путей продолжались. И вот в последние годы такой путь был найден. Он выразился в виде широких мероприятий по психопрофилактике родовых болей, осуществляемой повсеместно по определенной, систематически проводимой программе.

Опыт последних лет (начиная с 1951 г.) показал, что задача массового обезболивания родов действительно может найти успешное решение в широком применении такого именно психопрофилактического метода. Последний, в главных его чертах, был предложен и разработан психоневрологом И. 3. Вельвовским, в сотрудничестве с акушерами В. А. Плотичер и Э. Л. Шугом (1950, 1954). Основу его составляла система специальных мероприятий по подготовке беременной к правильному поведению во время родового акта.

Основной задачей применения этой системы было перевоспитание женщины и создание у нее сознательного отношения к родовому акту. В последнем женщины должны видеть не стихийно происходящее в их организме явление, а управляемый акушером нормальный физиологический акт, успешному осуществлению которого они сами должны разумно, умело и правильно содействовать. Все это должно было способствовать поддержанию тонуса корковой деятельности беременных на высоком уровне, в целях прямого противодействия отрицательным эмоциям и обусловливаемой ими отрицательной индукции из подкорки. Весьма важным является то, что в условиях этого обучения основные корковые процессы беременных тренируются в выработке свойств, способствующих активному управлению процессами возбуждения и торможения. В физиологических работах А. О. Долина и Г. М. Салганика (1956) и их сотрудников В. Н. Шишковой и И. П. Иванова (1953), П. П. Никулина (1952) и Ю. С. Зманевского (1956) все это получило важное экспериментальное обоснование.

Следует подчеркнуть, что психопрофилактическая система обезболивания родов, широко популяризуемая И. 3. Вельвовским (195l, 1954), представляет собой систематически разработанный цикл занятий, в который входит достаточно глубокое и полное ознакомление беременных с физиологическими условиями нормальной родовой деятельности и практическое обучение их специальным легким гимнастическим приемам и физиологически правильному дыханию, способствующим повышению эффективности родовых усилий, а вместе с тем и безболезненности самого родового акта.

В настоящее время эта система психопрофилактики болей в родах принята в Советском Союзе в качестве ведущей системы в городском и сельском родовспоможении. Можно думать, что в силу ее общедоступности и массовости ей принадлежит большое будущее. В последние годы она получила распространение также и в ряде зарубежных стран.

С применением системы психопрофилактики болей в родах начался период массового внедрения в жизнь принципа обезболивания родов, пришедший на смену первому, суггестивному периоду, сыгравшему важную роль, обогатившему наш опыт ценными наблюдениями и не утратившему своего вспомогательного значения и в наши дни.

В системе этих психопрофилактических мероприятий слово как физиологический фактор получило новое важное применение. Оно выполняет здесь большую и весьма актуальную профилактическую роль.

Вместе с тем основой психопрофилактической подготовки является не столько применение приемов убеждения и внушения, сколько обучение беременной правилам поведения в родах. В силу этого ведущее значение получает воспитательное воздействие, направленное на стимуляцию сознательного, активного уча-

стия самой женщины в осуществлении возложенной на нее природой детородной функции.

Утверждения автора, что ведущими в его системе являются закономерности бодрствующего мозга и что косвенное внушение играет в нем лишь подсобную, а не ведущую роль, встретило возражения со стороны некоторых акушеров. Одни из них склонны главное значение придавать именно внушению и даже предварительно определять внушаемость беременной. Другие склонны ставить задачу обезболивания родов в зависимость исключительно лишь от «организованности» поведения беременной в родах. Однако такие возражения и сомнения не имеют оснований.

Вносимый И. З. Вельвовским в решение вопроса новый методический прием, несомненно, заслуживает полного внимания, хотя и требует дальнейшей разработки со стороны теоретической, организационной и методической.

В частности, должно быть организационно и методически учтено, что в тех отдельных случаях, в которых методом психопрофилактического обезболивания родов по тем или иным причинам не удается достигнуть нужного результата, необходимо прибегать к обезболиванию путем словесного внушения во внушенной дремоте или же путем косвенного внушения в бодрственном состоянии. Все это особенно важно в случаях, когда применение для данной цели медикаментозных средств оказывается противопоказанным.

Вместе с тем принцип сознательности и активности, широко развиваемый методом психопрофилактического обезболивания родов, должен проводиться в жизнь и при суггестивном обезболивании (если оно требуется по специальным показаниям). Хотя гипносуггестивная подготовка беременной к родам действительно проводится в условиях ее пассивности, однако, как это вполне правильно подчеркивает А. П. Николаев (1959), это относится лишь непосредственно к самому сеансу внушенного сна, обычно проводимому задолго до родов. Но и в каждом таком сеансе беременной непременно должна внушаться активность и полная сознательность ее последующего поведения в родах.

Отсюда следует, что система психопрофилактики болей в родах по И. З. Вельвовскому и система предварительной гипносуггестивной подготовки по своим задачам и своей основе должны быть едины: и в том, и в другом случае должна укрепляться вера в успех и прививаться сознание необходимости активного участия самой беременной во всех периодах родовой деятельности. В обоих случаях должна проводиться также тренировка беременной в применении специальных легких гимнастических и дыхательных упражнений и т. д. Путем соответствующих врачебных гипносуггестивных воздействий все эти мероприятия должны подкрепляться и усиливаться, а все возникающие у беременной страхи, сомнения и опасения полностью устраняться.

Далее, если беременная страдает невротическим заболеванием или же она соматически ослаблена или отягощена, то в состав мероприятий по психопрофилактической подготовке ее к родам должны входить и соответствующие гипносуггестивные воздействия.

Вообще же необходимо сказать, что каждый врач для оказания помощи в обезболивании родов должен широко пользоваться всеми методами, какие дала в его руки медицинская наука и врачебная практика.

В настоящее время в ряде случаев в родильные дома поступают беременные, не прошедшие предварительно ни психопрофилактической, ни гипносуггестивной подготовки. В таких случаях оставлять роженицу без обезболивания недопустимо. Мы считаем, что здесь могут быть ре-

комендованы неотложные мероприятия по обезболиванию родов гипносуггестивным методом или же методом косвенного внушения в бодрственном состоянии. Особенности тактики врача в случае гипносуггестивного обезболивания видны из работ акушеров И. Т. Цветкова (1941) и М. И. Коганова (1951).

Приводим некоторые из наблюдений И. Т. Цветкова.

1. Беременная С, 22 лет, первородящая, поступила с жалобами на боли внизу живота и в пояснице. Схватки редкие. Предварительной подготовки не проходила. Проявляет страх перед родами: «боюсь умереть». В течение последующих 36 часов положение не изменилось. Но затем начало проявляться сильное беспокойство из-за болей. Попытка усыпить речевым внушением не удалась, так как не возникло даже наклонности к дремоте. С целью содействия усыплению на глазах С. была усыплена внушением другая беременная в той же палате, заснувшая быстро. Во время усыпления последней беременная С. также стала засыпать и вскоре заснула. Таким образом, сон у нее развился по физиологическому механизму имитационного рефлекса. После этого ей были сделаны внушения спокойного и терпеливого отношения к родам, отсутствие страха и волнения, полная безболезненность во все периоды родов, учащение и усиление схваток. В течение последующих 3 часов С. продолжала спать, вела себя спокойно, на продолжающиеся схватки не реагировала, на вопрос усыпившего врача заявила, что болей нет и настроение хорошее. В течение начавшихся затем потуг, которые продолжались 40 минут, оставалась спокойной. Прорезывание и роды также прошли в полном спокойствии, без жалоб на боли. Оценка эффективности – «5».

2. Беременная В., 22 лет, студентка, первородящая, предварительной подготовки не проходила, поступила по поводу отходящих вод. Схваток нет. Нервничает, боится родов. Проявляется скептическое отношение к возможности обезболить роды внушением. С целью ее убеждения наглядными примерами на ее глазах в той же палате были усыплены внушением сначала одна, затем другая беременная, ее соседки по кровати. После этого ей было в повышенном тоне, твердо и императивно сказано: «Я буду считать до 20, и вы тоже заснете!» При медленных усыпляющих внушениях, делавшихся между произносимыми цифрами В. постепенно погрузилась в дремоту. Когда была произнесена цифра 20 и сказано: «Спите!» она заснула. Во внушенном сне, продолжавшемся 45 минут, ей было внушено спокойное отношение к родам и полная их безболезненность. По пробуждении спокойна, на боли не жалуется, на появившиеся схватки реагирует спокойно. Когда по истечении 17 часов после поступления начала жаловаться на сильные боли внизу живота, была снова усыплена внушением, и снова было по-

вторено внушение полного спокойствия и полной безболезненности родов. При этом внушалось, что роды пройдут быстро, «в три потуги». Через 25 минут она была разбужена. Начавшаяся через час потужная деятельность длилась 25 минут, прорезывание и роды прошли в полном спокойствии, без криков и стонов. Оценка эффективности – «5».

Ввиду интереса и демонстративное последнего случая В. было предложено письменно изложить все, что было ею пережито во время родов. Приводим выдержки из записанного ею: «...При проведенном врачом первом усыплении меня стала охватывать дремота и все окружающие как-то отодвинулись далеко от меня... В 11 часов утра следующего дня, когда у меня появились резкие и частые схватки, я снова была усыплена. Во время схваток я не кричала и не стонала. В мою память врезались слова внушения: «Вы родите спокойно, без крика, в три потуги!» Так это и произошло. Я оставалась достаточно крепкой и неистощенной, чтобы легко родить, и родила очень быстро без крика».

3. Беременная О., 28 лет, вторые роды. Предварительной подготовки не проходила. Начавшаяся родовая деятельность сначала шла без обезболивания. Но затем О. стала проявлять беспокойство и просить: «Очень больно, помогите!» Несмотря на частые и интенсивные схватки, ее удалось усыпить и во внушенном сне внушить полную анальгезию. Через 20 минут после усыпления начались потуги. Решено не будить и проводить роды во внушенном сне. В течение последующих 40 минут спокойна, стонов нет. Лишь при выведении головки два раза застонала. Оценка – «4».

В этом случае усыпление и внушение были применены в самый разгар родов, на высоте волнений и болей. Таким образом, и у предварительно неподготовленной беременной также оказывается возможным получить внушенный сон и осуществить внушением анальгезию.

Отметим, что Г. С. Постельником (1928) описаны случаи, когда полный успех обеспечивался в первом же сеансе внушения во внушенном сне у беременных, (уже находящихся на столе в родильном зале в очень возбужденном состоянии. То же наблюдалось В. М. Кисловым (1928), В. И. Здравомысловым (1938) и др.

4. Беременная С, 31 года, медицинская сестра, первые роды. Предварительной подготовки не проходила. Проведенное медикаментозное обезболивание (пантопоновая свеча, 5 мл 25% раствора сернокислой магнезии) оказалось безрезультатным. Мечется на кровати, кричит, выбивается из сил. Поглаживанием по лбу при закрытых глазах, со словами успокоения и усыпления постепенно усыплена. Внушены полный отдых и дальнейшее течение родов без всяких болей. Проспала 1 час 30 минут, во время сна вела себя спокойно. После пробуждения некоторое время сохраняла спокойствие, несмотря на усилившиеся и участившиеся схватки, но затем снова стала хвататься за живот со словами: «Опять больно, хотя и терпимо». Снова усыплена. Весь период потуг (1 час 40 минут), прорезывания головки и родов провела во внушенном сне, без жалоб, точно выполняя все указания акушерки. Оценка – «5».

Таким образом, внушенное обезболивание оказалось эффективным и избавило неподготовленных рожениц от страданий.

Метод словесного внушения в бодрственном состоянии или во внушенной дремоте может применяться и при послеродовых осложнениях (болезненное отделение плаценты, наложение швов при разрывах промежности), а также и при наложении щипцов (3. А. Копиль-Левина, И. Т. Цветков, В. И. Здравомыслов, 1938).

Нельзя не отметить огромной показательной работы но применению словесного внушения в акушерстве, проведенной в течение 20 лет в Ленинграде акушером М. В. Вигдоровичем (1938) в 15 гипнотариях, организованных под его руководством Ленинградским городским отделом здравоохранения. За указанное время в этих гипнотариях было проведено таким путем обезболивание 4575 родов с положительным результатом в 91% случаев, устранение токсикозов беременности с положительным эффектом в 95% случаев (400 наблюдений), устранено 126 мнимых самовнушенных беременностей.

Кроме того, метод словесного внушения во внушенном сне весьма эффективен при угрожающем самопроизвольном выкидыше. Как показали систематические исследования М. Я. Милославского (1951, 1952, 1954), путем словесных внушений во внушенном сне можно понизить возбудимость матки, подавить схваткообразные боли и прекратить кровянистые выделения при угрожающих преждевременных родах. Так, по его данным, из 387 беременных доносило беременность до срока 87%, из них 30% рожениц имели в прошлом привычные выкидыши и по 5-6 недоношенных беременностей. Аналогичные наблюдения были сделаны С. Н. Астаховым (1956). Эти исследования имеют большое практическое значение.

Метод словесного внушения в бодрственном состоянии и во внушенном сне с большим успехом может быть применен в послеродовом периоде, в частности при дисфункции молочных желез. Исследования В. И. Здравомыслова (1938, 1949), впервые в Советском Союзе применившего этот метод при расстройстве лактации, показали большую его эффективность (около 100%). Такой метод был применен у 77 рожениц, причем у подавляющего их числа наблюдался быстрый и стойкий положительный результат под влиянием 1-2 сеансов внушения. В. И. Здравомыслов описал также случаи устранения путем внушения спазма, сфинктера молочной железы, сопровождавшегося спастическими явлениями и в других органах – запорами, задержкой мочеиспускания, бо, лезненными сокращениями матки. Аналогичные результаты получени, М. Я. Милославским (1954), также применявшим гипносуггестивную терапию с целью регулирования деятельности молочных желез. Кроме того, В. И. Здравомыслов с помощью внушения устранял послеродовые боли, эмоциогенные маточные кровотечения, дисменореи, бессонницу, половые извращения (мастурбация), вагинизм.

О возможности устранения словесным внушением так называемых токсикозов беременности мы уже говорили выше. При такого рода страданиях беременных этот метод должен привлечь особое внимание акушеров, тем более что большинство страдающих оказывается хорошо внушаемыми и гинабильными. Как правильно отмечает С. Н. Астахов (1956), все схемы лечения «ранних токсикозов» беременных должны включать психотерапию как неотъемлемую часть.

Упомянем о возможности устранения путем гипносуггестивной терапии той формы токсикоза беременности, которая проявляется в виде редко встречающегося хореического гиперкинеза.

1. Беременная К., 25 лет, с тяжелым токсикозом беременности в форме хореического гиперкинеза, направлена акушерами на медицинскую комиссию для решения вопроса о прерывании беременности. Предыдущая беременность была прервана по тем же медицинским показаниям. По этому поводу К. обратилась в диспансер Украинского психоневрологического института.

После 4 сеансов гипносуггестивной терапии гиперкинез был купирован, беременность сохранена (наблюдения Е. А. Ворониной).

Приводимый ниже пример терапии токсикоза беременности иллюстрирует различие в воздействии обычного фармакологического лечения (внутривенное вливание кальция) и метода словесного внушения.

2. Беременная О., 26 лет, обратилась на 8-й неделе четвертой беременности с жалобой на рвоту, которая началась с 7-й недели беременности. После 2 сеансов гипносуггестивной терапии наступило улучшение. Затем по случайным причинам психотерапия была прекращена и в течение 2 недель проводилась кальциевая терапия. Однако вследствие безуспешности последней была вновь применена гипносуггестивная терапия, которая дала быстрый и полный эффект (наблюдение С. П. Иоффе, рис. 87).

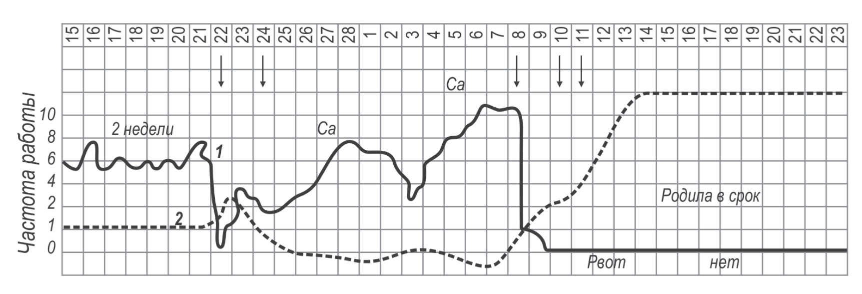


Рис. 87. Схема развития токсикоза у беременной О. и эффективности гипносуггестивной терапии. 1 – частота рвоты за сутки; 2 – самочувствие. Стрелки обозначают сеансы гипносуггестивной терапии

Бывают случаи, когда уже после произведенного аборта рвота продолжается, т. е. не исчезает зафиксиьровавшаяся в коре мозга рвотная реакция. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение.

3. Больная К., 34 лет, имеет восьмую беременность, причем первые три прерваны из-за рвоты.

Произведенный аборт рвоты не устранил. Ввиду того что все явления токсикоза продолжались в течение 10 дней после аборта, возникла необходимость

в психотерапии. Внушением, произведенным во внушенном сне (вторая стадия) рвотная реакция и весь сопутствующий синдром были устранены (рис. 88).

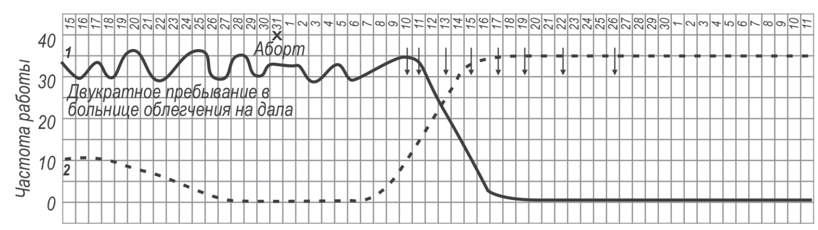


Рис. 88. Схема развития токсикоза у беременной К. и эффективности гипносуггестивной терапии. 1 – частота рвоты за сутки; *2* – самочувствие. Стрелки обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

По-видимому, здесь имелась патологическая инертность создавшейся в коре мозга «токсикозной» динамической стереотипии.

Отметим, что во внушенном сне также можно проводить санацию ротовой полости беременных и экстракции зубов (В. М. Вигдорович, 1936).

Переходим к рассмотрению вопроса о применении психотерапии и психопрофилактики в гинекологии.

Нужно сказать, что гинекологами до сих пор недостаточно учитываются функциональные психогенные расстройства женской генитальной сферы. В этом отношении они отстают от акушеров, хотя известный отечественный гинеколог В. Ф. Снегирев еще в конце прошлого и в начале нынешнего столетия первым заговорил о значении психического фактора при гинекологических заболеваниях и о необходимости психотерапевтических воздействий в гинекологии.

Психогенным факторам и психотерапии в гинекологии большое значение придавал в 20-х годах нашего столетия московский гинеколог В. Г. Дик. Его практический опыт применения психотерапии в гинекологии показал, что развитие определенных заболеваний генитальной сферы женщины в значительной мере обусловлено психогенезом, иначе говоря, функциональным нарушением корковой релуляции деятельности относящихся сюда органов вегетативно-эндокринной системы. Ограничимся указанием на то, что психогенными по своей природе могут быть овариальгии, вагинизм, расстройства менструаций – дисменореи, аменореи, менореи и метроррагии, а также бели. Во всех этих случаях психотерапия является единственным патогенетическим лечебным средством. Иллюстрацией могут служить наблюдения П. П. Истомина (19306), В. Н. Варен, А. И. Кнеплера (1925), затем работы А. П. Николаева (1924), В. Г. Дика (1925, 1927, 1929), В. И. Здравомыслова (1930, 1936), В. А. Бахтиарова (1930), М. В. Вигдоровича (1938, 1949), С. Н. Астахова (1956).

Приводим наблюдение редко встречающегося тяжелого психогенного вагинизма, устраненного путем психотерапии.

Больная Т., 21 года, обратилась с жалобой на явления тяжелого вагинизма,

возникшие год назад при первой же попытке мужа к интимному сближению. Вследствие этого остается интактной. Каждая новая попытка вызывает не только сильные боли, но и совершенно непреодолимые страх и волнение, до потери сознания. Все разъяснения и убеждения врачей-гинекологов и подруг не имеют успеха. В силу этого развилось тяжелое общее невротическое состояние.

Применена психотерапия. Анамнез выявил страх перед беременностью. Проведены внушения в дремотном состоянии, причем внушались неосновательность страха перед беременностью и полное отсутствие болей при половом сближении. После 2-го сеанса было отмечено более спокойное отношение больной ко всем этим, трудным для нее вопросам. При 3-м сеансе императивно внушалась полная безболезненность полового акта и отсутствие страха перед беременностью. После этого страх перед беременностью исчез. После 4-го сеанса наступил полный успех: исчез страх перед сношением и связанные с ним проявления вагинизма, установилась возможность совершенно нормального полового общения (наблюдения автора).

В условиях консервативного лечения гинекологических больных В. И. Здравомысловым (1956) успешно применялись сеансы внушенного сна-отдыха. Таким путем при воспалительных заболеваниях женской половой сферы удавалось устранять боли, улучшать ночной сон, регулировать функцию кишечника и мочеиспускания, поднимать самочувствие больных и ускорять их выздоровление.

Что касается хирургической гинекологии, то здесь, как и в общей хирургии, может применяться метод словесного внушения в бодрственном состоянии и во внушенном сне. Значительный опыт накоплен в отношении гипносуггестивной анальгезии при операциях выскабливания полости матки (К. П. Казаченко-Триродов, 1925); В. Г. Дик, 1927; Л. Г. Амфитеатров, 1936; В. И. Здравомыслов, 1938; М. О. Пайкин и Р. Я. Шлифер, 11925).

По поводу неправильного мнения о ненужности обезболивания при «столь ничтожном» хирургическом вмешательстве, каким является выскабливание полости матки, мы можем на основании своих наблюдений сказать, что эта операция для многих женщин является тяжелой соматической и психической травмой. Чтобы убедиться в этом, нужно только понаблюдать за состоянием женщины непосредственно после этой операции, а особенно за состоянием ее нервной системы в последующие дни. Так, нам приходилось встречать женщин, у которых возникающее в дальнейшем тяжелое невротическое состояние с преобладанием вегетативных компонентов было связано именно с этой операцией.

Вне сомнения, метод внушенной анальгезии при такого рода операциях является наиболее подходящим, так как он может благоприятно влиять не только на физическое состояние больной, но и на ее психику. Приводим пример.

1. Больная К., 38 лет, перенесла операцию abrasio cavi uteri, длившуюся 25 минут, в состоянии внушенного сна. Расширение весьма узкой шейки матки с ретрофлексией последней требовало много времени и усилий. Операция прошла благополучно во всех отношениях. Больная не чувствовала боли, которая в таких случаях бывает весьма сильной, спокойно спала, не делала никаких движений,

не отмечалось соответствующей реакции со стороны пульса, кровотечение было небольшое. После пробуждения воспоминания об операции отсутствовали (постгипнотическая амнезия).

О благотворном влиянии гипносуггестивной анальгезии сообщает Л. Г. Амфитеатров (1933), который применил этот метод в 256 случаях выскабливания полости матки, причем усыплял и оперировал он сам, вполне самостоятельно. В 211 случаях операция была успешно проведена во внушенном сне, в 23–с предварительной инъекцией морфина и в 22 – под местой анестезией. Приводим пример такого рода гипносуггестивной терапии, проведенной им в предоперационном периоде.

2. Больная Л., 28 лет, обратилась по поводу прерывания беременности (третий аборт). Не выносит болевых ощущений. При первом аборте вела себя столь бурно, что врач, проведя в шеечный канал только несколько малых расширителей, не мог продолжать операцию, и больная была отправлена в палату. На следующий день попытка закончить операцию была также безрезультатна, вследствие чего был применен общий наркоз. При втором аборте больная вырвалась из рук санитарок, опрокинула инструментальный стол и упала на пол. Поэтому операция также была сделана под общим наркозом, плохо перенесенным больной. При мысли и разговорах о предстоящем аборте больная приходит в возбужденное состояние.

Проведено 5 предварительных сеансов словесного внушения, делавшихся ежедневно. Больная успокоилась, перестала думать об операции, спокойно разговаривает о ней и больше не боится. В операционной, уже находясь на столе, была приведена в состояние внушенного сна. На введение инструментов не реагирует. Введено 60 мл 0,25% раствора новокаина. Во время операции лежала спокойно, а после пробуждения самочувствие было хорошее. Больная рассказывала, что слышала и сознавала все, но боли не ощущала и испытывала «совершенно безразличное отношение ко всему происходящему».

Л. Г. Амфитеатров, располагавший огромным хирургическим материалом, подтвердил указания отдельных хирургов о меньшей кровопотере при применении гипносуггестивной анальгезии. Он отметил также и лучшую сократимость матки в этих условиях.

Касаясь ятрогенизма в гинекологии, нужно сказать, что гинекологические больные действительно легко подвержены ятрогенным заболеваниям. Это обусловлено тем, что гинекологи и врачи других специальностей часто в категорической форме высказывают пугающие и травмирующие больных суждения и ставят психотравмирующие диагнозы.

«Кто это так вас изуродовал?»–спрашивает гинеколог, обнаруживший у женщины надрыв шейки. «У вас загиб матки, разве вы не испытываете болей в пояснице?» и т. п. Если в первом случае у больной может развиться реактивная депрессия с целым рядом соматических симптомов, то во втором случае у нее может развиться симптоматика, соответствующая словам врача (например, надолго фиксирующиеся боли, которых раньше не было).

В этом отношении, по мнению В. Г. Дика (1927), надо быть особенно осторожным с диагнозом гонореи, которая для некоторых женщин является поистине крушением жизни, тем более, что этот диагноз нередко может быть ошибочным. Мысль о гонорее настолько фиксируется у женщины, что, как говорит В. Г. Дик, «иногда легче бывает ликвидировать реальную гонорею в половых органах женщины, чем выселить воображаемых гонококков из ее психики».

Иллюстрацией может служить наше наблюдение. Девушке 25 лет, страдавшей психогенными белями, сельский врач по своей неопытности поставил диагноз трипера, с симптомами которого больная ознакомилась на лекции. Взволнованная этим диагнозом, она вскоре стала ощущать и другие симптомы, которых у нее раньше не было: боль при мочеиспускании, частые позывы, без каких бы то ни было местных изменений и бактериологических данных. Во власти навязчивого представления о гонорее и ожидаемых осложнениях больная находилась в течение 2 лет, и лишь психотерапия ей помогла.

Нам пришлось наблюдать 26-летнюю больную, которой врач-гинеколог заявил о возможности бесплодия (по состоянию ее гениталий) в следующей форме: «Ну, матушка моя, хоть вы еще молодая, но вы – уже погибшая женщина: детей не ждите. Никто и ничто не поможет вам!» В результате психической травмы возникла тяжелая реактивная депрессия с мыслями о самоубийстве. Только путем применения гипносуггестивной психотерапии удалось устранить развившийся у нее навязчивый невроз и вернуть больной душевное равновесие.

Вопрос о бесплодии является для многих женщин также весьма больным вопросом. Поэтому форма «преподнесения» этого диагноза имеет для них существенное значение, тем более, что здесь также возможны частые ошибки.

Детские болезни.

Устранение повышенной невротической реактивности у детей путем психотерапии, проводимой в виде сеансов словесного внушения во внушенном сне, обычно дает столь же положительный эффект, как и при лечении взрослых. Мы считаем нужным коснуться именно вопроса о гипносуггестивной психотерапии подростков, так как многие врачи считают применение этого метода нецелесообразным, как якобы «ослабляющего волю и повышающего и без того высокую внушаемость у детей и подростков».

Длительные наблюдения привели нас к убеждению, что это не так и что гипносуггестивная терапия психогенных невротических (а также реактивных психотических) состояний у подростков может дать быстрый и стойкий эффект, не вызывая у них каких-либо неблагоприятных явлений «ослабления воли» или повышения внушаемости.

Приводим некоторые из наших наблюдений.

1. Больной П., 11 лет, ученик 4-го класса средней школы, преморбидно спокойный и уравновешенный мальчик. Приведен матерью с жалобами на то, что в течение последних полутора лет у него наблюдаются наряду с непослушанием чрезмерная раздражительность, вспыльчивость, грубость, шаловливость, про-

казы. Если ему при ссорах с мальчиками не удается «как следует ответить», то по возвращению домой он «впадает в истерику»: падает на пол, бьется об пол ногами и руками, швыряет вещи на пол, бьет окна, плачет. То же ‘происходит и после замечаний со стороны (матери, к которой относится грубо и недружелюбно). Иногда после замечания матери поворачивался и уходил из дому, несмотря на позднее время. Если после возвращения видит, что мать спокойна и не обращает на него внимания, он с озлоблением, начинает швырять на пол стулья, книги, подушки, матрац или все, что находится на столе. При этих вспышках обычно кричит: «Уйду и не приду!» Затем, после отвлекающих мероприятий со стороны матери, успокаивается, начинает плакать и просить прощения. При этом просит его поцеловать и доказать, что действительно она его простила.

Такое нервное состояние возникло у него около полутора лет назад, после возвращения из Хабаровска, где он прожил больше года. До этой поездки был здоров и уравновешен. В Хабаровск он был увезен при следующих обстоятельствах: 7 лет назад его отец обманным образом уехал в Хабаровск, где и остался жить, женившись на другой женщине. Юрий, очень любивший своего отца, сильно тосковал. Однажды, когда мать лежала в больнице и должна была быть оперирозана, приехал отец с другой женой и взял мальчика с собой.

Однако жизнь в Хабаровске для мальчика оказалась тяжелой: он был заброшен, оставался совершенно без надзора, учился плохо, ласки не видел ни от мачехи, ни от отца, который большей частью отсутствовал, а если бывал дома, то Юрий видел его всегда пьяным. Мальчик тосковал по матери, а когда по ее выздоровлении стал с ней переписываться, стремился уехать к ней. Мать приехала и забрала его с собой. С тех пор он своего отца возненавидел. В школе учится хорошо (в числе первых), всегда был на хорошем счету.

Наш диагноз: реактивный ситуационный истерический невроз. На протяжении 3 недель проведено 7 сеансов психотерапии в состоянии дремоты. Внушалось желание быть вежливым, спокойным и рассудительным мальчиком, любящим свою мать, которая проявляет к нему много заботы и внимания. Внушались также интерес к школьным занятиям, желание хорошо учиться и радовать этим свою мать. Уже после 2-го сеанса мать снова стала замечать улучшение, а после окончания курса лечения мальчик сделался неузнаваемым: стал уравновешен, спокоен, вежлив, чистоплотен, никаких истерических реакций не замечалось. Положительный катамнез 18 лет (наблюдение автора).

Таким образам, лечение устранило имевшуюся невротическую симптоматику и привело к полному восстановлению преморбидной уравновешенности, нарушенной неблагоприятно сложившейся семейной ситуацией.

Следующее наблюдение может служить еще более ярким доказательством исключительно важного значения, какое получает в таких случаях психотерапия.

2. Больная К., 11 лет, приведена к нам матерью с жалобами на чрезмерную пугливость и нервность. При малейшем звуке, шорохе, шелесте бумаги, колыхании занавески девочка бледнеет, приходит в сильное волнение, дрожит и пронзительно кричит. Каждую ночь, за редким исключением, у нее возникают страхи, сопро-

вождающиеся вскрикиваниями. В последнее время ее особенно пугают «какие-то тихо крадущиеся, издали приближающиеся шаги», которые не дают ей спать. Ко всему этому прибавился сильный страх оставаться одной, без матери. Мать никуда не может отлучиться, даже на несколько часов. Такое состояние мучает девочку, и она стала настойчиво просить мать повести ее «к шептунам», так как «хочется.быть здоровой, а врачи не помогают».

Из анамнеза, письменно изложенного матерью, выяснилось, что при нормальной наследственности девочка до 5-летнего возраста была крепкой, здоровой, чрезмерно подвижной, шаловливой и в то же время очень впечатлительной. Развивалась быстро, не по возрасту. Реагировала на все происходящее вокруг, чутко улавливала настроения взрослых, в своих требованиях проявляла настойчивость. Ее отец и мать педагоги, весь день отсутствовали, ребенок был всецело на попечении нянек, часто случайных, непроверенных. Няньки запугивали девочку «цыганами», «гадами», «чертом», «богами», «пожарами», «ворами». Эти запугивания вызывались чрезмерной живостью и докучливостью ребенка и низким культурным уровнем нянек. Девочка жаловалась на эти запугивания. Последние, несомненно, оставляли след в ее психике, она стала пугливой.

Особенно памятно одно запугивание: девочка рассказала матери, что нянька пригрозила ей, что «сейчас придет бог». Девочка действительно увидала, как из смежной темной комнаты ползет человек, черный, голый, с большой бородой. Он ползет, крадется и в одной руке держит булочку. Подползает чудовище к шкафу, кладет булочку в шкаф и уползает обратно в темную комнату. Девочка обо всем этом рассказывала с ужасом. После этого она стала бояться темных комнат и тревожно спать. Как потом выяснилось, все это было подстроено нянькой.

В дальнейшем, перенеся ряд соматических заболеваний, девочка стала плохо есть, сделалась бледной, плохо спала. Капризы, пугливость, трусость усилились, а нервозность доходила до крайности. Вместе с тем отмечались неусидчивость и рассеянность.

В этот период ее жизнь усложнилась появлением в доме бабушки (матери отца), которая была суровой злой старухой с предрассудками, предчувствиями и часто запугивала детей. Она плохо относилась и к внучке, и к матери ребенка и настраивала девочку против матери. Однажды старуха довела мать до истерики и обморока. Когда мать очнулась, она увидела себя на полу и рядом дочку с перекошенным бледным лицом, с безумными глазами. Девочка была невменяема и ее с большим трудом удалось привести в чувство. С тех пор она стала неотступно следовать за матерью, судорожно держась за ее платье. Достаточно было матери подойти к вешалке, к пальто, чтобы девочка начинала страшно кричать. Ночью бывали кошмары, галлюцинации, вскрикивания. Не успеет ребенок вздремнуть – снова крик.

Девочку лечили бромом с валерьяной, ванночками, но все это действовало слабо. Она резко похудела, ночные сцены продолжались. Страхи ее были разнообразны: воры, пожары, ведьмы, смерть, но больше всего опасение за свою мать. Так продолжалось 2 года. Отчаявшись в успехе лечения, мать перестала ее лечить, надеясь, что «время вылечит», как говорил и врач. К 10 годам девочка стала спать немного спокойнее, но продолжала всюду следовать за матерью. Училась в школе хорошо. В конце второго года ее «хождений» за матерью девочка стала проводить время с другой бабушкой (со стороны матери), – которая, наоборот, любила детей и отличалась спокойным и умелым подходом к ним. Бабушка добилась того, что девочка стала самостоятельно выходить из дому, а потом стала отпускать и мать. На протяжении полугода она как будто стала успокаиваться, но зимой после гриппа состояние ухудшилось: участились крики по ночам, во сне не перестает двигать ногами, страхи ночью и днем, по ночам спит только с матерью. Диагноз реактивный истерический невроз.

После первых же сеансов психотерапии наступило .заметное улучшение: девочка реже стала кричать по ночам, днем на протяжении 4 дней вскрикнула от испуга только два раза, перестала «прислушиваться к шагам». Сеансы ей очень понравились, она стала считать дни и часы до следующего сеанса, заявляла, что ей лучше после сеансов («стало не так страшно»). После 4 сеансов девочка окончательно перестала бояться днем всяких звуков и шорохов, спать стала глубже, перестала кричать по ночам. Раза два за 5 последних дней просыпалась ночью, но уже не кричала, а тихо звала мать к себе. Вообще стала как-то веселее, бодрее, относительно спокойнее, меньше капризничала.

После последующих 10 сеансов, проведенных в дремоте, ночью стала спать спокойно, без сновидений и криков. Страхов нет, «шагов» не слышит, может оставаться на 1,5-2 часа в квартире в одиночестве, свободно входит в темную комнату и остается в ней некоторое время. Отпускает из дому мать, исчезли предчувствия, стала менее раздражительна и более терпима. Дважды видела тяжелые сновидения, но криков и движений во время сна не было. Катамнез положительный, рецидивов не наблюдалось (наблюдение автора).

Напомним, что детские ночные страхи обычно являются реактивными и обусловлены устрашающими факторами, развиваясь и проявляясь по механизму патологического условного рефлекса.

Мы уже рассматривали случаи, когда у взрослых развивалась боязнь похоронных процессий и черных собак, что объяснялось психической травмой, перенесенной в раннем детстве.

Приводим наблюдение, в котором оживление следов пережитой психической травмы и возникновение на этой почве невротического заболевания произошло по ассоциативному механизму, причем через, весьма значительное время (4 года) после психической травмы.

3. Больной Б., 13 лет, очень подвижный, способный, любознательный, дисциплинированный мальчик. В октябре 1942 г., когда ему было 7 лет, на его глазах немцы убили родителей. Перенес это тяжелое событие без патологических реакций. Начал работать на заводе, проявил себя способным, трудолюбивым мальчиком. В 1946 г. летом был в пионерском лагере. Но после первого же посещения лагеря родителями других детей у него возникли приступы сумеречного состояния с переживанием сцены убийства его родителей, а также беспокойный сон, раздражительность, непослушание, драчливость.

Диагноз: реактивный истерический невроз. Проведено 7 сеансов гипносуггестивной психотерапии. После 5-го сеанса психическое равновесие восстановилось, снова стал уравновешен и трудолюбив. В течение 7 лет катамнез оставался положительным. Работает на заводе, будучи совершенно здоровым (наблюдение автора).

4. Больной Н., 12 лет, привезен в психоневрологический диспансер Южной железной дороги в состоянии психического возбуждения, с бредовыми идеями величия. Заболел 4 дня назад во время наводнения. Находясь вдали от дома и едва не утонув, он с трудом добрался на лодке до дома, который был в воде до второго этажа. Своих родителей он там не нашел. С этого дня мальчик возбужден, говорит несуразности, высказывает бредовые идеи величия.

Проведена гипносуггестивная психотерапия с внушением спокойного отношения к пережитому. После 2-го сеанса получил длительный (10-часовой) внушенный сон, что привело к значительному улучшению общего состояния. После 4-го сеанса восстановились психическая уравновешенность, ясность интеллекта и хороший ночной сон. После 2 добавочных сеансов внушенного сна-отдыха полностью выздоровел и был взят родителями домой.

Спустя 2 года в течение 6 месяцев страдал патологической боязнью велосипедистов. Однако лечение в педиатрической клинике результата не дало. После 2 сеансов гипносуггестивной терапии эта фобия также была устранена (наблюдение автора).

5. Больная К., 11 лет, приведена родителями с жалобой на то, что 3 месяца назад у нее возникла боязнь идти в школу и отвечать урок. Перед уходом в школу наблюдается отказ от еды и тошнота. Заболевание возникло с того дня, когда в школе ей была поставлена единица.

После разъяснения врачом ее поведения во время предстоящего лечения проведен сеанс гипносуггестивной психотерапии. Заснула легко (оказалась сомнамбулой). Уже после 3-го сеанса пошла в школу без всяких колебаний и стала свободно отвечать уроки. Однако возникшее через несколько дней гриппозное состояние привело к рецидиву прежних страхов и опасений, что было устранено несколькими дополнительными сеансами. Положительный катамнез 3 года (наблюдение М. М. Астиславской).

6. Больной Р., 8 лет. Жалобы на навязчивые страхи, связанные с тревогой за судьбу его родных. Заболевание возникло 2 месяца назад после слышанного им разговора родителей о несчастье с их душевнобольной соседкой, которая в целях самоубийства выбросилась из окна, Разговор велся родителями в присутствии мальчика, болевшего в эти дни гриппом, причем ими высказывались о случившемся различные предположения.

С этого времени мальчик стал проявлять крайнее беспокойство, ни на шаг не отпускал родителей от себя, стал сильно волноваться, если его старшая сестра долго не возвращалась из института и даже отказался ходить в школу («ведь дома

без меня может что-то случиться!»).

После выяснения всех обстоятельств, предшествовавших заболеванию, с мальчиком была проведена беседа в бодрственном состоянии. После беседы его состояние несколько улучшилось. В последующих таких беседах приводились примеры, в которых фигурировали мальчики и девочки с аналогичными состояниями. В результате мальчик стал активно бороться со своей «болезнью» и постепенно освободился от тревожных мыслей, включился в общие интересы, свойственные его возрасту и стал спокойно ходить в школу (наблюдение М. М. Амстиславской). Как мы видим, в данном случае родителями мальчика была допущена ошибка, так как подобные разговоры, конечно, не должны вестись в присутствии детей. Это привело к развитию у мальчика навязчивого страха, что и с его родными может произойти подобное несчастье. Особенно благоприятствовало развитию навязчивости гриппозное состояние, снизившее тонус коры мозга, а потому и усилившее влияние отрицатель ной индукции из подкорки. Вероятно, мальчик принадлежал к сильном варианту слабого общего типа нервной системы и обладал некоторыми чертами тревожно-мнительного характера.

7. Больная К., 8 лет, больна 3 месяца. Жалуется на приступы удушья, тошноты и рвоты, возникающие у нее перед тем как идти в школу. Заболевание развилось после того, как ее родные переехали вместе с ней на новую квартиру. К переезду она относилась отрицательно, в связи с чем была переведена в другую школу. Все это привело к отрыву от привычной для нее домашней и школьной обстановки (ломка прочно сложившегося динамического стереотипа).

С больной были проведены сеансы внушения в бодрственном состоянии с закрытыми глазами (по Бернгейму – Бехтереву). После двух таких сеансов указанные явления исчезли и в дальнейшем не возобновлялись (наблюдения М. М. Амстиславской).

В данном случае срыв высшей нервной деятельности произошел вследствие непосильной для нервной системы ломки динамического стереотипа. Речевая психотерапия помогла ей справиться с этой трудностью и восстановила нарушенную корково-подкорковую динамику.

Таким образом, при невротических заболеваниях подростков лечение словесным внушением и длительным внушенным сном может быть достаточно эффективным.

Следует отметить, что детские реактивные гиперкинезы также хорошо поддаются словесному воздействию, оказываемому как в бодрственном состоянии, так и во внушенном сне. Массовое наблюдение, проведенное нами в 1926 г. (совместно с психиатром А. П. Прусенко) над больными детьми с реактивно-судорожными симптомами, свидетельствует, что и в этих случаях длительный внушенный сон-отдых с соответствующими словесными воздействиями может оказывать благотворное влияние.

Нам неоднократно приходилось убеждаться в целесообразности психотерапевтического вмешательства не только при психогенной, но и при инфекционной хорее. Психотерапия в дремотном состоянии с длительным внушенным сном-от-

дыхом в этих случаях успешно применялась нами симптоматически как вспомогательный лечебный прием, благотворно влияющий и на двигательную, и на психическую сферу.

Ночное недержание мочи у детей также можно лечить словесным внушением (как прямым, так и косвенным, в бодрственном состоянии и во внушенном сне), на что в свое время указывал еще В. М. Бехтерев (1911). Цапперт (Zappert, 1929) также высказался за лечение ночного недержания мочи словесным внушением.

Как показали наблюдения наших сотрудников, на успешное лечение детей важное влияние оказывает сам облик врача и обстановка, в которой лечение проводится. При применении индифферентных средств было отмечено, что лечебный фактор зависел от разнообразных условий, в которых производились лечебные манипуляции. Меньший эффект получался в амбулаторных условиях при участии медицинской сестры, а наилучший – в домашних условиях (особенно при участии врача). По-видимому, эта условность связывается с эмоциональным состоянием ребенка (Я. Езерский, А. Плотичер, А. Фурманов, 1930).

На положительное значение психотерапии при детских невротических заболеваниях, проводимой в бодрственном состоянии и во внушенном сне, указывают наблюдения, сделанные в 1928-1932 гг. в детском отделении диспансера Украинского психоневрологического института. Здесь успешно проводилась индивидуальная и групповая гипносуггестивная терапия ночных и дневных энурезов, хореи, гиперкинетических синдромов при «вирусном энцефалите», в последнем случае в качестве вспомогательного приема (наблюдение П. Д. Эпштейн).

В послевоенные годы в детском отделении Центральной психоневрологической больницы МПС применяется гипносуггестивная терапия при инфекционной хорее и функциональных нарушениях нервной системы. Сотрудники отделения считают этот метод эффективным и заслуживающим внимания. У больных хореей значительно быстрее наступает общее успокоение и заметно уменьшается гиперкинез.

Заслуживает внимания наблюдение в амбулатории при этой больнице 14-летней девочки, страдавшей мучительной разлитой функциональной миалгией, остро развившейся после тяжелой ссоры родителей, происшедшей в присутствии девочки. В результате проведенных в амбулаторных условиях 9 сеансов гипносуггестивной терапии мучительный синдром был полностью устранен.

Сотрудники упомянутого отделения подчеркивают повышенную внушаемость подростков и безусловную пользу от применения у детей внушенного сна-отдыха. Того же мнения придерживается и Н. И. Красногорский (1951). По его словам, физиологический сон оказывает на нервную систему’ больного ребенка могучее целебное действие. При этом на данном этапе развития терапии сном в педиатрической клинике особое значение он придает физиологическому сну, вызываемому физическими и физиологическими воздействиями, делающими его более глубоким и продолжительным. К таким раздражителям Н. И. Красногорский причисляет словесные воздействия, связанные со сном, например сказки, в которых речь идет о сне, и т. д.

Как показали наши данные, детские невротические состояния и реактивные психозы могут быть предметом именно психотерапии как в бодрственном, так и во внушенном дремотном состоянии. Некоторые педиатры высказывают опасение, что гипносуггестивная терапия может причинять вред «детской душе». Если они и рекомендуют применение словесного внушения во внушенном сне, то проявляют при этом нерешительность и чрезмерную осторожность. Наши наблюдения исключают все это. Мы считаем допустимым более широкое и более смелое применение в детской клинике гипносуггестивной психотерапии. Особенно же полезным оказывается длительный внушенный сон-отдых.

Именно благодаря повышенной внушаемости, присущей детям младшего и среднего возраста, метод лечения внушением, особенно с применением косвенного внушения, обычно оказывается весьма эффективным. Напомним, что сторонником применения этого метода как в бодром состоянии, так и во внушенном сне был В. М. Бехтерев (1912).

Кожные и венерические заболевания.

Как в свое время подчеркивал еще А. Г. Полотебнов (1886), заболевания, развивающиеся вследствие расстройства в периферической и центральной нервной системе, ни в одном органе не наблюдаются с такой легкостью, ясностью и наглядностью, как в коже.

Возможность влияния на физиологические процессы в коже путем словесного внушения привлекала внимание отечественных исследователей еще с 90-х годов прошлого столетня, о чем свидетельствуют работы А. Я. Кожевникова (1895), А. А. Токарского (1892), а позднее К. С. Агаджанянца (1904), В. М. Бехтерева (1911), К. И. Платонова (1930) и его сотрудников.

Так, нам удавалось путем внушения во внушенном сне устранять уртикарную сыпь, возникающую у некоторых людей, например при еде клубники, раков и т. п. А. И. Картамышев (1942) наблюдал, что под влиянием внушения во внушенном сне невыносливость в отношении хинина и сальварсана, проявляющаяся в форме крапивницы, исчезала, после чего любые дозы этих веществ переносились уже без каких бы то ни было побочных явлений. Какие же физиологические механизмы лежат в основе воздействия, оказываемого через кору мозга на кожные процессы?

Вопрос о физиологических механизмах, связывающих кору мозга и кожу (в частности, вторую сигнальную систему и кожу, что мы имеем в случае воздействия на кожные процессы путем словесного внушения), в свое время получил освещение в работах И. П. Павлова. Как им неоднократно подчеркивалось, «кожа является проекцией мозговой массы», а различные точки кожи – «проекцией точек мозга». В силу этого кора мозга может оказывать влияние на кожную трофику, а состояние кожных покровов в свою очередь получает отражение на функциональном состоянии соответствующих участков коры мозга.

В последние годы эти вопросы получили в Советском Союзе важное дальнейшее развитие в дерматологии. В частности, этому вопросу посвящена диссертация П. Ф. Бедненко.

Весьма существенную роль во внедрении метода словесного внушения в дер-

матологическую практику сыграли две монографии А. И. Картамышева (1936, 1942)» Он был первым из советских дерматологов, систематически изучавшим вместе со своими сотрудниками вопрос о лечении словесным вкушением кожных заболеваний. Им приводятся многочисленные доказательства возможности успешного лечения таким путем различных экзем, псориаза, красного плоского лишая, кожного зуда, крапивницы, бородавок, круговидного выпадения волос, сальварсанных дерматитов. Основываясь на этом, он приходит к выводу о необходимости широкого использования в дерматологии метода словесного внушения.

В дальнейшем данные А. И. Картамышева были подтверждены Н. Г. Безюком (1939), который, кроме того, успешно лечил и другие формы дерматозов – остроконечные кондиломы, полиморфную эритему, узловатую эритему, розовый лишай. В работе Н. Г. Безюка подчеркнута возможность успешного применения при лечении дерматозов также метода косвенного внушения в бодрственном состоянии.

Из других дерматологов много лет широко и успешно применяют гипносуггестивную психотерапию при кожных заболеваниях И. И. Потоцкий и И. А. Жуков (1953). В отдельных случаях врачи других специальностей также с успехом используют суггестивную терапию при некоторых дерматозах. Из числа наших сотрудников психоневролог Е. Н. Закаменная (1932) таким путем добилась у 10 подростков полного исчезновения плоских и вульгарных бородавок, а А. Е. Бреслав устранял экзему ‘годичной длительности сеансами словесного внушения во внушенном сне. Мы уже приводили наблюдения Ф. Б. Цейкинской. Используя гипносуггестивную психотерапию, она устраняла островковое выпадение волос. Напомним также данные И. Н. Мураховской об эффективном лечении мокнущей экземы, имевшейся на ноге, сеансами словесного внушения. Кроме того, 3. А. Копиль-Левина одним сеансом психотерапии устраняла кожный зуд при токсикозах беременности. Е. И. Дубникоз (1932) также указывает на эффективность гипносуггестивной терапии при лечении экземы. Н. Г. Манойлов (1928) получил положительный эффект у 19 из 23 больных с вульгарными и плоскими бородавками. Токсикозные дерматиты у беременных успешно устранялись словесным внушением акушерами В. И. Здравомысловым (1938) и М. В. Вигдоровичем (1939).

В последние годы над этими вопросами работали Н. М. Тонконогий и Э. Я. Мискевич (1955), А. И. Картамышев и М. В. Милич (1958), М. М. Желтаков (1958), И. А. Жуков (1958) и др.

Остановимся несколько подробнее на поразительном по эффективности примере психотерапии тяжелой мокнущей экземы, описанном А. Е. Щербаком и Б. С. Майзелем (1937).

1. Больная Н., 20 лет, страдающая с детства экземой, поступила в Институт физических методов лечения имени И. М. Сеченова с жалобами на значительное ухудшение своего состояния. Экзема распространилась на все тело, включая и лицо, и приняла мокнущий характер, с выделением серозной жидкости (местами с кровью). Лицо обезобразилось, стягивание кожи лица мешает больной говорить и есть. Ни фармакотерапия, ни физиотерапия результата не дали, и больная, находясь в тяжелом состоянии, дошла до попытки самоубийства.

Психотерапия дала быстрый положительный эффект – экзема исчезла полностью. Следует отметить, что во время сеансов психотерапии, проводившихся в условиях легкого внушенного сна, внушалось лишь «хорошее самочувствие» и никаких специальных внушений относительно экземы не делалось.

Больная демонстрировалась на конференции врачей и была под наблюдением в течение 1,5 лет, оставаясь здоровой, несмотря на весьма тяжелые условия жизни.

Приводим еще одно наблюдение, в котором экзема, возникшая пси-логенным путем, приобрела характер тканевой ситуационной невротической реакции.

2. Больной С, направлен на консультацию по поводу дизгидротической экземы обеих кистей, которой он спорадически страдал в течение 6 лет. При тщательном анализе выяснилось, что в 1945 г., во время Великой Отечественной войны, будучи капитаном корабля, он перенес тяжелую психическую травму, вскоре после которой у него развилась экзема обеих рук, лица и туловища. В связи с болезнью был эвакуирован для стационарного лечения. По выздоровлении он снова был направлен в часть (на корабль). Однако здесь у него сразу же наступил рецидив экземы. В дальнейшем больной несколько раз находился на стационарном лечении по поводу экземы, причем экзема рецидивировала каждый раз, как только он возвращался на корабль. Поэтому больной вынужден был перейти на работу на берегу, после чего в течение 3 лет у него ни разу не наблюдалось рецидива экземы. Однако, когда он получил кратковременную командировку на корабль, у него вновь возникла экзема на тех же участках (наблюдение Г. К. Андриасяна, 1952).

Можно утверждать, что у данного больного рецидивы экземы возникали по условнорефлекторному механизму. Следовательно, патогенетически правильным в данном случае было именно применение психотерапии.

Что касается венерологии, то и в этой области психотерапия может оказаться необходимой. Так, венерологам известны тяжелые психогенные невротические состояния, возникающие в качестве реакции на заражение той или иной венерической болезнью. Особенно сильно травмирует психику заражение сифилисом (Г. В. Робустов, 1953). Нередки случаи, когда такого рода реактивное состояние затягивается на многие годы, принимая хронический характер, а у иных, заканчиваясь глубокой депрессией, приводит к самоубийству.

К венерологам нередко обращаются также больные с навязчивыми представлениями о мнимом заражении сифилисом или гонореей. Нужно сказать, что в таких случаях навязчивость обычно является весьма упорной, особенно у людей с тревожно-мнительным характером и с инертным типом высшей нервной деятельности. Как показал опыт, в таких случаях весьма полезной может быть психотерапия, проводимая в бодрственном состоянии или во внушенном сне. Конечно, следует оговориться, что положительный результат может быть получен только в том случае, если, эта навязчивость имеет функциональный, психогенный характер и развивается по физиологическому механизму внушения или самовнушения, т. е. не является симптомом процессуального психоза (шизофрении циклофрении).

У людей впечатлительных, замкнутых, тревожно-мнительных может развиться ипохондрический синдром. Больной с ужасом думает о том, что он «уже успел заразить своих близких или своих детей или же его преследует мысль, что его заболевание уже получило широкую огласку», или, наконец, ему кажется, что оно уже вступило в ту фазу, когда его лицо может быть обезображено. В связи с этим у больного приобретает характер навязчивости тревога за свое будущее или за будущее его семьи. Так создается картина реактивного невротического состояния, развитие которой обычная санитарная пропаганда далеко не всегда может предупредить и устранить. В таких случаях даже разъяснительная психотерапия, проводимая в бодрственном состоянии, часто не достигает цели. Только словесные внушения во внушенной дремоте или во внушенном сне могут дать некоторым из них реальную помощь, причем в короткие сроки,

Вместе с тем немаловажную роль может играть в таких случаях влияние, оказываемое одним больным на другого. Г. В. Робустов (1953) особенно подчеркивает вред, который нередко приносят в этих случаях беседы между самими больными в ожидании приема врача.

Необходимо отметить, что для определенной категории тревожно-мнительных больных обычные психотерапевтические меры воздействия в таких случаях оказываются явно недостаточными, а система плохо продуманных лекций и коллективных собеседований может приводить даже к углублению психогенной реакции. Поэтому следует применять методы индивидуальной психотерапии, учитывая не только уровень развития больного и характер его тревог, но и степень его реактивности, т. е. функциональное состояние высших отделов его нервной системы.

Нужно также иметь в виду, что если при слабо выраженной реакции на заражение какой-либо венерической болезнью может иметь успех разъяснительная, успокаивающая психотерапия, осуществляемая самим венерологом, то в более тяжелых случаях помощь должен оказывать психотерапевт.

Лечебная практика врача на курорте.

Нужна ли психотерапия на курортах, которые сами представляют собой комплексный физиотерапевтический и психотерапевтический фактор?

Отвечая на этот вопрос, нужно сказать, что нам не раз приходилось убеждаться в том, что на каждом курорте независимо от его специализации, встречаются категории больных, которые нуждаются не только а общей психотерапии, в форме успокоения, отвлечения и т. д., но именно в специальной, индивидуальной психотерапии. Среди них могут быть больные психогенными неврозами или же страдающие психогенными функциональными расстройствами тех или иных внутренних органов, ошибочно принятыми за органическое заболевание. Из-за неправильной или неточной диагностики в лечебных учреждениях по месту жительства эти больные получают путевки на курортное лечение не по назначению, нередко совершая совершенно безрезультатные повторные поездки на тот или иной курорт. Следует также иметь в виду и то немаловажное обстоятельство, что каждый соматический больной зачастую бывает отягощен невротическим состоянием, обусловленным его основным соматическим заболеванием (соматогенный невротический синдром). Нужно учитывать также возможность более или менее тяжелой психической реакции больного на его основное соматическое заболевание.

Приведем ряд наблюдений из санаторно-курортной практики, как нашей, так и наших сотрудников, когда случайное присутствие на курорте врача, владеющего методикой психотерапии, оказывало существенную помощь больным, нуждающимся именно в этой форме терапии.

1. Напомним приведенное выше наблюдение: инвалид К., страдавший в течение 2,5 лет тяжелым заболеванием (постконтузионный невротический синдром) с «командными» припадками, безрезультатно лечился в санаториях Пятигорска и Славянска и выздоровел после 4 сеансов гипносуггестивной терапии.

2. Больная П., 38 лет, лечилась на курорте Феодосия по поводу «тяжелой формы неврастении с упорной бессонницей». На четвертый день пребывания на курорте направлена к нам на консультацию по поводу постоянного угнетенного состояния, стремления к уединению, отсутствия аппетита, а также жалоб: на тяжелую тоску о внезапно скончавшемся 4 месяца назад ребенке, постоянные зрительные и слуховые галлюцинации, усиливающиеся в темноте и при закрытых глазах, беспокойный сон, кошмарные сновидения, причем ночью постоянно чувствует около себя своего умершего ребенка. Ввиду реактивного депрессивно-галлюцинаторного состояния и суицидальных тенденций поднят вопрос о направлении в соответствующую больницу.

Во время консультации проведен сеанс гипносуггестивной терапии. Больная оказалась хорошо гипнабильной. Ей внушалось успокоение, примирение с потерей ребенка, восстановление жизненных интересов и сниженной работоспособности, уверенность в себе, спокойный ночной сон. После 1-го сеанса наступило резкое улучшение, а после 2-го сеанса исчез весь симптомокомплекс. Положительный эффект 2 сеансов произвел сильное впечатление как на медицинский и обслуживающий персонал, так и особенно на соседок больной по палате, которым больная рассказывала свои кошмарные сновидения (снилась болезнь и похороны ребенка). До конца пребывания в санатории чувствовала себя хорошо, была общительна. По сведениям, в течение 8 лет была здорова и работоспособна (наблюдение автора).

Напомним еще одно приведенное нами выше наблюдение.

3. Больной 30 лет, обратился с жалобами на половую импотенцию, от которой он безрезультатно лечился в течение двух сезонов нарзанными ваннами, электризацией, массажем предстательной железы и пр. Причиной явилась первая неудачная попытка к половому акту, что «породило страх перед возможной неудачей и в дальнейшем». Обратился к нам за неделю до окончания курса безрезультатного курортного .лечения.

Мы провели 6 сеансов словесного внушения в дремотном состоянии. Внушалось хорошее физическое здоровье, полная необоснованность страха и возмож-

ность совершения акта. Эффект получился положительный.

4. Напомним также наблюдение, касающееся балерины, у которой в течение 4 месяцев было желудочно-кишечное расстройство в форме «энтероколита». Больная, будучи на курорте, не получила лаже облегчения. Соответствующий анамнез показал связь «энтероколита» с острой психической травмой. Проведенные нами 2 сеанса словесного внушения в легкой внушенной дремоте радикально устранили заболевание.

Мы привели типичные примеры из числа многих аналогичных им. К счастью для этих больных, они совершенно случайно смогли получить на курорте необходимую патогенетическую психотерапевтическую помощь в виде гипносуггестивной терапии.

Чтобы показать, в каких случаях и в каких направлениях психотерапия может быть применена в курортно-санаторных условиях, позволим себе привести серию наблюдений, сделанных В. М. Кисловым в Пятигорском санатории № 4.

5. Больная А., 37 лет, врач, поступила в санаторий в тяжелом, подавленном состоянии, с жалобами на потерю интереса к жизни и работе. Больная жалуется, что работает «автоматически», проявляет совершенно безучастное отношение к матери и дочери, сделалась угрюмой и замкнутой. Сон нарушен, каждую ночь просыпается ровно в 1 час 30 мин. и засыпает лишь под утро, видя кошмарные сны. Больна в течение года после пережитого ею в Ашхабаде землетрясения. Когда оно произошло, больная была в клинике. Обезумев от ужаса, она побежала к своему дому и, найдя под развалинами трупы мужа, сына и брата, потеряла сознание. С тех пор каждую ночь пробуждается именно в тот час, когда было землетрясение.

Применена психотерапия во внушенном сне с внушением забвения пережитого и спокойного ночного сна. После 1-го же сеанса ночью не проснулась и спала без кошмаров до 7 часов утра. Проснувшись, охотно пошла на бальнеологическую процедуру, от которой раньше отказывалась, считая такое лечение ненужным. Было проведено 7 сеансов словесного внушения. После каждого сеанса улучшение нарастало, причем бальнеотерапия и лечебная физкультура закрепляли полученные результаты.

После окончания лечения полностью восстановился сон, вернулся интерес к жизни и труду; выписалась в хорошем состоянии (наблюдение В. М. Кислова).

6. Больная Р., 40 лет, поступила в санаторий в июле 1949 г. с жалобами разнообразного характера. За свою жизнь была оперирована 5 раз: удалена левая почка, пораженная туберкулезом, проведена аппендэктомия, трепанация черепа по поводу воспаления среднего уха и дважды лапаротомия, одна из которых по поводу внематочной беременности. В 1941 г. пережила психическую травму. В 1943 г. получила ушиб черепа (случайно брошенным камнем) и в течение 2 месяцев находилась в больнице. Состояние было тяжелое: потеря сознания и речи, недержание мочи, бессонница, постоянные сильные головные боли, ослабление памяти. В

дальнейшем больная стала рассеянна, забывчива, замкнута, из-за головных болей ничем не может заниматься, перестала общаться с людьми, ничем не интересуется (депрессивное состояние). Лечилась в течение многих лет безрезультатно. Осмотр врача всегда мучителен из-за усиливающихся при пальпации разлитых болей в области желчного пузыря, желудка, кишечника, мочевого пузыря, сопровождающихся тошнотой и непроизвольным плачем. Диагноз: холецистит, солярит, цистит, мигрень. В конечном итоге больная потеряла веру в медицину, врачей и надежду на выздоровление.

После осмотра и тщательно собранного анамнеза была выявлена психическая травма (измена мужа) и констатирована неустойчивость сомато-психического состояния, обусловленная тяжелыми хирургическими операциями. После 1-й же беседы больная была погружена в глубокий сон и проспала 20 минут. Во время сна с помощью словесного внушения были сняты разлитые боли по всему телу, устранены позывы к мочеиспусканию. После пробуждения больная заявила, что «не верит себе, что у нее ничто не болит!» Голова свежая, легкая, исчезло постоянное чувство давления в черепе. В дальнейшем ночной сон был продолжительным и освежающим. У больной восстановилось душевное равновесие, и она охотно продолжала лечение. Для закрепления достигнутого успеха проведено 10 сеансов словесного внушения, после чего она выбыла из санатррия в хорошем состоянии.

Из присланных писем видно, что у больной появился интерес к семье, и жизни, изменилось отношение к мужу, дома стала полноценным человеком. Через год приехала в тот же санаторий в удовлетворительном состоянии для повторного лечения, заявив, что за год вполне окрепла, срывов не было. Кроме бальнеолечения, повторно проведено (для закрепления) 10 сеансов словесного внушения, после чего была выписана в хорошем состоянии (наблюдение В. М. Кислова).

7. Больной С, 43 лет, лечился в Пятигорске в санатории по поводу беспокоящих в течение нескольких лет и усиливающихся при волнениях фантомных болей левого бедра, не стихающих и ночью. Неработоспособен, страдает бессонницей, прибегает к наркотикам.

После 3 сеансов словесного внушения во внушенном сне боли прекратились, наступил нормальный, спокойный ночной сон. К концу пребывания в санатории силы восстановились, уехал в хорошем состоянии. Через 2 года, приехав для повторного санаторного лечения, сообщил, что за все это время 2-3 раза отмечались легкие боли, не мешавшие работе; сон и самочувствие хорошие (наблюдение В. М. Кислова).

8. Больная Д., 42 лет, участница тяжелых боев с немцами, получила общую контузию и травму позвоночника, с вторичными стойкими явлениями пояснично-крестцового радикулита (давность заболевания свыше 2 лет). Приехала в Пятигорский санаторий с провожатым, находится на постельном режиме, на бальнеопроцедуры ее доставляют на носилках. Из-за острых поясничных болей может находиться в кровати только в положении a la vache (как днем, так и ночью), часто

прибегая к наркотикам (морфин, пантопон). Нервная система истощена постоянными болями и бессонницей. Больная крайне раздражительна, постоянно плачет. Ввиду того что физио- и фармакотерапия положительного эффекта не дали, больная направлена на психотерапию.

После глубокой анамнестической беседы применена симптоматическая психотерапия для устранения болей и бессонницы. Во внушенном дремотном состоянии больной внушалось: «Пережитое вас больше не волнует, боли не беспокоят, самочувствие хорошее, ходить можете без посторонней помощи, вы уверены в скором выздоровлении». После сеанса больная уже не жаловалась на острые боли, стала самостоятельно себя обслуживать, ходить по палате. Лежа в кровати, принимала нормальную позу. Стала пользоваться массажем, от которого раньше категорически отказывалась, и заниматься лечебной физкультурой. После окончания курса санаторного лечения уехала самостоятельно, в хорошем состоянии, причем боли прекратились, сон восстановился, вернулась нормальная трудоспособность. В течение следующих 2 лет больная приезжала для санаторного лечения с целью закрепить состояние здоровья (наблюдение В. М. Кислова).

9. Больная М., 37 лет, приехавшая из Тюмени на лечение в Пятигорский санаторий, страдала длительным и сильным маточным кровотечением. В анамнезе острая психическая травма – внезапная смерть мужа. У больной кончился срок лечения в санатории, а ее состояние не давало возможности встать с постели, так как при каждой такой попытке кровотечение усиливалось. Было применено словесное внушение соответствующего содержания, сделанное во внушенном дремотном состоянии. После 1-го сеанса психотерапии кровотечение в тот же день прекратилось, больная стала подниматься с постели и ходить по палате, а через 3 дня самостоятельно уехала в Тюмень. Присланное ею письмо подтверждало, что доехала благополучно, здорова и приступила к работе. Положительный катамнез один год. Рецидивов не было (согласно письму, присланному ею через год) (наблюдение В. М. Кислова).

Случаи успешного применения психотерапии при фантомных болях, при радикулитах, меноррагиях и т. д. в практике курортного врача далеко не единичны. Поэтому курортные врачи должны быть знакомы с методами психотерапии, которые для них вполне доступны.

В. М. Кислов (1947, 1952) впервые стал широко применять на курортах психотерапию как в бодрственном состоянии, так и во внушенном сне. Его многолетний курортно-санаторный опыт говорит о высокой ценности сочетания бальнеотерапии с психотерапией. Данные В. М. Кислова блестяще иллюстрируют неоценимую пользу психотерапии не только при неврозах, но и в качестве вспомогательного метода при органических заболеваниях нервной и других систем организма. Помимо кабинетов для индивидуальной психотерапии, он организовал групповой: гипнотарий.

Выше уже упоминалось, что психотерапия при «Некоторых: кожных заболеваниях была успешно применена дерматологом И. И. Потоцким совместно с его ассистентом И. А. Жуковым (1953) в дерматологическом санатории в Хосте (Сочи

– Мацеста). Их наблюдения о роли психотерапии в курортно-санаторных условиях совпадают с выводами В. М. Кислова.

Эти авторы считают, что суггестивная терапия (при предварительном выявлении причин, травмировавших психику больных) в комплексе с санаторно-курортными факторами является ценным методом лечения. В наблюдавшихся ими случаях одновременно с прекращением кожного заболевания исчезали такие явления, как головные боли, подавленное настроение, улучшался аппетит, сон и т. д. С их точки зрения имеются все показания к широкому внедрению методов психотерапии в санаторно-курортную практику. Особенно много сделано в этом направлении И. А. Жуковым в условиях Сочи-Мацестинского курорта (1954, 1955, 1958). В частности, им убедительно показано, что речевая психотерапия повышает эффективность курортного лечения дерматозов.

Терапевт Н. А. Тюленев (193:6), признавая все положительные стороны включения психотерапии в комплекс курортно-санаторных методов лечения внутренних болезней, еще около 25 лет назад говорил о необходимости проведения на курортах психотерапии. Обобщая свои наблюдения над больными, проведенные на Железноводском курорте, он утверждал, что наступит время, когда при оценке эффективности курортного лечения надлежащее место будет отводиться роли в этом коре головного мозга больного. В связи со своими позднейшими наблюдениями (1952) он пришел к выводу, что «психотерапия повышает эффективность курортного лечения и может стать важным способом лечения на курорте». О целесообразности систематического применения психотерапии на курортах говорит также старый отечественный психотерапевт Д. А. Смирнов.

Необходимость внедрения психотерапии в практику курортно-санаторного врача вполне оправдана ее эффективностью. Действительно, в ряде случаев нельзя не поражаться быстроте наступающего стойкого лечебного эффекта. Не случайно все цитированные выше авторы пришли; к одному выводу, что психотерапия в сочетании с бальнеотерапией ускоряет процесс лечения и выздоровления.

Мы считаем, что психотерапия на курортах должна носить не случайный характер, а органически входить в систему терапевтических мероприятий, проводимых на курортах.

Практика участкового врача.

Приведенные нами выше примеры диспансерных наблюдений показывают широкие возможности применения психотерапии не только квалифицированными психотерапевтами, но и врачами всех других специальностей.

Сама жизнь требует, чтобы начинающие врачи периферийных участковых больниц, получившие лишь общее медицинское образование, в нужных случаях применяли психопрофилактику и речевую психотерапию.

Нужно сказать, что методика малой, симптоматической психотерапии в большинстве случаев несложна и доступна любому врачу. В частности, словесное внушение, применяемое в бодрственном состоянии или в состоянии внушенного сна, выдвигается самой жизнью.

Вместе с тем условия работы участкового врача имеют некоторые важные

особенности. Он чаще всего сталкивается именно с самыми начальными стадиями развития невроза, когда его симптоматика еще не осложнена.

Приведем некоторые примеры применения речевой психотерапии в практике участкового врача.

Сельский врач А. И. Кнеплер (1925) с успехом применил словесное внушение при чрезвычайно сильно выраженной меноррагии, которая угрожала жизни больной и для устранения которой все имевшиеся в его распоряжении средства оказались безрезультатными. Вызвав у больной состояние гипнотического сна и используя словесное внушение соответствующего содержания, он полностью устранил меноррагию.

В участковой больнице одного из районов Донбасса В. М. Кислов (дипломная работа, 1929) путем психотерапии купировал у больных не только реактивные невротические состояния и истерические неврозы с кортикогенными компонентами со стороны внутренних органов, но и тяжелые реактивные психотические состояния. Им описаны наблюдения, когда необходимость в полостной хирургической операции была исключена вследствие своевременно примененного благотворного воздействия словесного внушения во внушенном сне. Ряд больных с реактивными психозами, с галлюцинаторно-бредовыми состояниями не попадал в психиатрическую больницу только потому, что путем 2-6 сеансов словесного внушения во внушенном сне удавалось изменить отношение больного к пережитой им психической травме и таким путем восстановить здоровье и трудоспособность.

Приводимые ниже примеры из практики В. М. Кислова характеризуют возможности применения психотерапии в условиях участковой больницы.

1. Больная И., 39 лет, жаловалась на тяжелое угнетенное состояние, чрезмерную раздражительность, боли в области сердца, отсутствие аппетита. В таком состоянии больная находилась в течение 2 месяцев, причем все виды местного лечения оказались безрезультатными. Выяснилось, что она перенесла крайне тяжелую психическую травму: ее муж в состоянии патологического опьянения изнасиловал их взрослую дочь. Благодаря применению 2 сеансов мотивированного словесного внушения, проведенного в дремотном состоянии больной, невротическое состояние было устранено. В дальнейшем нервно-психическое равновесие было прочно восстановлено (наблюдение В. М. Кислова).

Автор отмечает, что если бы врач амбулатории, направивший к нему эту больную за 10 км, сам владел методами психотерапии, эта помощь могла быть оказана на месте.

Бывают случаи, когда таким путем удается устранить необходимость направления больного в психиатрическую больницу. Автор приводит такие примеры.

2. Больной П., 40 лет, прислан районным врачебным инспектором для направления в психиатрическую больницу. Больной на приеме угрюм, молчалив, прячется за спину сопровождавшего его брата, при попытке врача произвести исследование залез под стол. Заболевание возникло 3 месяца назад после произведенного на него в лесу нападения с целью ограбления. С тех пор возникли дезориентированность в окружающем, боязнь людей, отказ от еды, слезы, бессонница.

В связи с явной психической травмой больной получил 6 сеансов словесного внушения в дремотном состоянии. Улучшение стало заметно с 1-го же сеанса и быстро прогрессировало. На последний сеанс больной пришел уже без брата и заявил о своем выздоровлении (наблюдение В. М. Кислова).

3. Больной Я., 43 лет, поступил с жалобами на крайнюю раздражительность, плохой сон и на «замечаемую им измену жены». По словам жены, последние месяцы раздражен, вспыльчив, подозревает ее в измене, всюду ее преследует, в каждом мужчине видит ее любовника, вечерами сторожит ее, всматривается в окна («любовник должен подать сигнал в окно!») и замечает каждое движение жены, видя в нем «сигнал любовнику». Подозревает ее в том, что она «живет с нечистым духом». Часто уходит с работы до гудка, чтобы проверить, дома ли она. В последний месяц совсем оставил работу, безвыходно сидит дома, следит за каждым шагом жены. Спит с топором, грозит убить, если она уйдет, измучил ее расспросами об измене. Железнодорожный врач дал направление в психиатрическую клинику. Заболевание развилось после того, как один из знакомых однажды, шутя, сказал ему, что в его жену влюблен их квартирант. Он поверил, вспылил, в тот же день выгнал квартиранта и «с тех пор не житье, а ад». До заболевания жил с женой дружно, женат на ней 20 лет.

Проведено 3 сеанса гипносуггестивной психотерапии, с внушенным сном-отдыхом после каждого сеанса, что привело к полному устранению всего синдрома. Вышел на работу, находился под наблюдением 8 месяцев. Рецидивов не было. Если бы оба последние больные не получили этой психотерапевтической помощи, они могли бы быть действительно направлены в психиатрическую больницу.

Приводим случай оказания психотерапевтической помощи врачом линейной железнодорожной больницы.

4. Больной С, 38 лет, при крушении поезда получил небольшие ожоги и лежал в больнице на станции Бирзула. Постепенно развились симптомы тяжелого невротического состояния: чрезмерная раздражительность, общее дрожание, упорная бессонница. Направлен в Институт физических методов лечения (Одесса), но после 2-месячного пребывания там вернулся с незначительным (по словам больного, «процентов на десять») улучшением. Помещен вторично в больницу в Бирзуле с тяжелым невротическим симптомокомплексом. При этом отмечался необычно сильно выраженный гипергидроз, резко усиливающийся при каждом волнении, особенно при расспросах о болезни. На лбу струи пота, увлажненное потом белье прилипает к груди и конечностям. Полное отсутствие аппетита, сон 1-l,5 часа в сутки, упорный запор. Зрительные псевдогаллюцинации: закрывая глаза, видит картину крушения, эпизоды дня. Попытка приблизиться к паровозу или к железнодорожным путям вызывает неописуемый страх, дрожание, усиление потоотделения.

Проведена гипносуггестивная терапия. Во время 1-го же сеанса заснул быстро и глубоко. Всю ночь после сеанса спал крепким сном. На следующий день

был прекрасный аппетит. После последующих сеансов отмечены общее хорошее самочувствие, отсутствие гипергидроза и запоров, восстановлен сон. Более трудным было устранение страха, возникающего при виде поездного состава и железнодорожных путей. После 2-недельного курса психотерапии выписан на работу (наблюдение В. М. Петрова, врача железнодорожной станции Бирзула, 1924).

Из дипломной работы В. М. Кислова видно, что ему удавалось успешно применять психотерапию в различных отделениях больницы, устраняя бессонницу и болевые ощущения у соматических больных, проводя обезболивание при малых хирургических операциях, успокаивая больных в предоперационном периоде, обезболивая роды и т. п.

Остановимся несколько подробнее на описании условий работы В. М. Кислова – тогда еще совсем молодого, начинающего врача. Вот как он описывает в дипломной работе (1928) обстановку своей работы в Горловке (Донбасс).

«Более всего меня привлекало родильное отделение, где психотерапия дает почти стопроцентный положительный результат. В разное время мною было проведено 10 родов (6 первороженниц и 4 – вторые и третьи роды), из них одни роды с узким тазом (предполагалось наложение щипцов, а при 3 родах был показан частичный наркоз. Последний был успешно заменен внушением в дремотном состоянии роженицы.

Внушениями, делавшимися при различных стадиях внушенного сна, у рожениц быстро устранялись страх и волнения перед предстоящими родами. При этом внушенный сон применялся без всякой предшествовавшей подготовки. Иногда, случайно заходя в родильное отделение, я заставал роженицу в болезненных схватках и тотчас оказывал ей психотерапевтическую помощь. Так, одной роженице со слабыми схватками и затянувшимися родами внушение усилило родовую деятельность, и роды закончились благополучно и безболезненно.

Применением в акушерской практике гипносуггестивной терапии достигалось успокоение волнующихся, устранение болей во время схваток, потуг и при прорезывании головки, а также усиление родовой деятельности при ослабленных и вялых схватках, повышение самочувствия роженицы.

В одном случае, когда готовились к наложению щипцов, роженица стала умолять меня усыпить ее, чтобы она «не видела и не слышала наложения щипцов». Хлороформирования она боялась. За полчаса перед наложением щипцов я погрузил ее в дремотное состояние и сделал внушение: «Родовая деятельность должна усилиться, вы родите без щипцов!» Погружение в дремотное состояние дало возможность выровнять сердечную деятельность и собрать силы роженицы. Когда начались потуги, ей было внушено: «Потуги должны быть сильнее и энергичнее!» Напряжение передалось брюшному прессу и после энергичных потуг произошли роды, благополучно закончившиеся в течение получаса без наложения щипцов, даже без разрывов».

Отметим, что В. М. Кислов первым применил психотерапию у значительного числа рожениц. Одновременно с ним Г. С. Постольник (однокурсник В. М. Кислова) провел аналогичное лечение по тому же методу у 5 рожениц.

Широкую психотерапевтическую работу проводили в Артемовском районе Донбасса В. Л. Шатский (1925) и в Белгородском районе Курской области Ф. Ф. Сивенко, а также упоминавшиеся нами выше Г. Н. Литвиненко, И. В. Халфон и Н. И. Голик. Касаясь применения ими психотерапии, мы могли бы привести немало аналогичных наблюдений.

Из писем, присылаемых нам из различных мест Советского Союза, видно, что психотерапия не без успеха проводится многими врачами [А. К. Ганиев (Баку); А. К. Трошин и Н. А. Карпова (Свердловск); В. М. Шапиро (Серпухов); И. С. Мезин (Станислав); И. М. Виш (Тамбов); А. И. Винокуренкова (Винница); И. Ф. Пилипенко (Сахалин); врачи-стоматологи Д. И. Мерута (Винница); В. П. Донец (Перегоновская больница Кировоградской области); и др.]. Присылаемые ими материалы указывают на возможность исключительно эффективного применения метода психотерапии врачами периферии, в большинстве случаев проводимого ими по их собственной инициативе.

Отметим, что возможности, которыми располагает участковый врач в отношении организации психотерапевтической помощи на местах, весьма значительны. Так, М. В. Вигдорович сообщил нам, что в 1941-1944 гг., когда в связи с эвакуацией из Ленинграда он оказался в деревне, ему удалось развернуть большую и интересную работу. Помимо гипносуггестивного родообезболивания, он проводил психотерапию заболеваний, вызванных психической травмой (переживания, связанные с войной). Кроме того, его наблюдения показали, что в развитии алиментарной дистрофии значительную роль играет также и психическая травматизация. Такого рода больных он успешно лечил гипносуггестивным путем. Остановимся несколько подробнее на тех конкретных условиях», в каких протекала в военные годы его работа.

В амбулаторию больницы два раза в неделю стекались больные из отдаленных деревень. Сеансы проводились в примитивной обстановке, люди располагались на полу: такова была примитивная обстановка гипнотария. Но методика была все время та же – звонок в качестве сонного условного раздражителя. Тем не менее эффективность по сравнению с той, которая получалась в Ленинграде, в условиях специального гипнотария, не снижалась.

В изоляторе для больных дистрофией ему пришлось встретиться с тяжелобольными, наиболее обессиленными и истощенными. Проводившиеся им три раза в неделю сеансы гипносуггестивной терапии давали весьма существенный результат. Больные, считавшиеся безнадежными, постепенно начинали оживляться, причем «их сознание освобождалось от давившего их в течение долгого времени психического гнета; появлялась улыбка на окаменелом лице, возникали какие-то желания, и мутный взгляд сменялся осмысленной сосредоточенностью и затаенной надеждой», – писал М. В. Вигдорович.

В одном из бараков эвакуационного госпиталя М. В. Вигдорович имел дело с возбужденными или угнетенными невротиками с трофическими расстройствами разного рода, которым предстояли тяжелые хирургические операции. В подшефном колхозе речевую психотерапию он проводил в условиях простой деревенской избы. Женщины размещались, где только было можно: вокруг стола, на подоконниках, на печи, на полу. Далее, в санитарной части одного полка он занимался

гипносуггестивной психотерапией страдающих ночным недержанием мочи.

Таким образом, за военные годы было освоено несколько новых форм работы применительно к тем реальным условиям, в которых пришлось действовать, причем наличие гипнотария оказывалось вовсе не столь необходимым.

Итак, многие врачи, работающие в различных областях и районах, настойчиво проводят в жизнь методы психотерапии. Важную роль в этом в свое время сыграл саратовский гипнолог П. П. Подъяпольский и его последователи В. А. Бахтиаров и А. К. Трошин в Свердловске и Д. А. Смирнов в Алуште, а также бывшая наша сотрудница И. Н. Мураховская в Ялте. В Тбилиси значительная научно-исследовательская и лечебно-практическая работа по психотерапии неврозов была развернута А. Ф. Гоциридзе (1929, 1936, 1945) совместно с его сотрудниками Я. А. Тер-Овакимовым, И. И. Николава, Н. Г. Вешапели и др. На Урале широкую организационную работу по оказанию психотерапевтической помощи страдающим неврозами проводят в последнее время А. Л. Альтман и его ученики М. М. Бронштейн, Б. В. Крайцеров и Г. С. Рапопорт. Большую практическую и преподавательскую работу по вопросам психотерапии проводит наша бывшая сотрудница З. А. Копиль-Левина в Новосибирске.

Все они – пионеры того большого дела, каким является разработка, обоснование и практическое применение в различных районах нашей родины приемов психотерапии и психопрофилактики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенный в нашей монографии лабораторный и поликлинический материал, по-видимому, достаточно убедительно подтверждает правильность положения школы И. П. Павлова о том, что слово является для человека столь же реальным условным раздражителем, как и все остальные, а вместе с тем и «таким многообъемлющим, как никакие другие». При этом словесные раздражители в силу их исключительной физиологической и социальной значимости занимают в системе высшей нервной деятельности человека совершенно особое место. Слово заменяет, отражает и обобщает смысловое значение конкретных раздражителей внешней и внутренней среды. Вместе с тем оно служит также важным средством, необходимым для создавания сложной системы психотерапевтических воздействий, направленных на устранение возникшего у больного функционального нарушения процессов высшей нервной деятельности.

Представленный нами материал свидетельствует также о том, что в коре мозга человека действительно получают отражение все процессы внутренней жизни организма и что на внутреннюю среду организма человека можно влиять через кору головного мозга. В силу этого при известных условиях словесный раздражитель способен вызывать к жизни ряд простых или сложных физиологических реакций человеческого организма. Более того, в зависимости от вложенного в него содержания слово может вызывать в деятельности организма человека развитие самых разнообразных положительных, отрицательных или даже извращенных патологических реакций.

Как мы видели, в ряде случаев психотерапия, если она патогенетически правильно построена, устраняет подчас самые тяжелые состояния больного, весьма сложные и конфликтные внешние и внутренние отношения и тягостные переживания.

Однако откуда же врачебное слово черпает такие громадные силовые ресурсы, какие необходимы для жизненного перелома, происходящего в больном под влиянием психотерапии? Такой вопрос вполне естественен и законен, его ставит перед нами в одной из своих работ В. Н. Мясищев (1958). Ведь мы отлично знаем, говорит он, что слово может быть действенно, но оно может быть и бездейственно. При этом он правильно подчеркивает, что важное значение имеет не только само врачебное слово, но и те ассоциативные связи, какие возникают под его

влиянием в сознании больного, оживляя следовые реакции прошлого жизненного опыта.

Итак, каковы же те физиологические механизмы, на которых основана психотерапия, и чем же обусловлена ее эффективность?

Ответ на все эти вопросы мы находим в учении И. П. Павлова о физиологических механизмах, лежащих в основе высшей нервной деятельности человека.

Кора мозга, согласно этому учению, является органом устанавливающим временные связи не только с внешним миром, но и с процессами, происходящими во внутренней среде организма. Она может находиться в условнорефлекторной связи со всеми системами организма, со всеми его тканями и органами. В свою очередь в нее приходят раздражения от интерорецепторов внутренних органов и систем. Вместе с тем, как подчеркивает К. М. Быков (1947а) «корковый стимул, ничтожный по своей силе, может вызывать грандиозные сдвиги во всех органах и тканях». При этом кора мозга как бы организует периферию: она способна изменить скорость реагирования, варьировать последовательность событий: если требуется по условиям момента, затормозить ход любого процесса или же повторить имевшую место в прошлом цепь событий.

При этом вторая сигнальная система коры мозга человека, преимущественно работающая в период бодрствования, оказывает регулирующее влияние на всю деятельность коры и подкорки, а через них – на всю анимальную и вегетативную динамику. Отсюда понятен огромный диапазон словесного воздействия, оказываемого на самые разнообразные не только физиологические, но и биохимические процессы, происходящие в организме человека.

Наш клинический материал свидетельствует о том, что характер функциональной динамики внутренних органов и систем действительно зависит не только от тонуса коры мозга, уравновешенности основных корковых процессов и правильного функционального соотношения коры мозга и подкорковой области, но и от регулирующего воздействия второй сигнальной системы. Так, устранение путем словесного воздействия нарушений функционального состояния коры мозга приводит к нормализации деятельности соответствующих внутренних органов и систем.

Весьма существенное значение для действенного применения психотерапии имеет эмоциональный фактор. Ближайшая подкорковая область, в которой формируется эмоциональная динамика, находится в постоянном взаимодействии с корой мозга. Это приводит к тому, что ближайшая подкорка, посылая мощную импульсацию в кору мозга, заряжает ее и поддерживает ее тонус. С другой стороны, сама кора мозга, в частности ее вторая сигнальная система, воздействуя на ближайшую подкорку, регулирует эмоциональную деятельность.

Как установлено лабораториями И. П. Павлова, деятельное состояние больших полушарий отрицательно индуцирует подкорку, т. е. в общем задерживает ее деятельность, в то время как заторможенное состояние полушарий положительно индуцирует подкорку, усиливая общую ее деятельность. В силу этого, внушая различные эмоции, мы можем изменять тонус мозговой коры как в сторону его повышения, так и в сторону понижения. Иначе говоря, мы обладаем возможностью в известной мере управлять состоянием коры мозга человека, а вместе’ с тем и состоянием всего организма.

Таким образом, физиологический механизм, обеспечивающий эффективность психотерапевтического воздействия, лежит именно в восприимчивости второй сигнальной системы коры мозга больного к речевым воздействиям, исходящим от врача. Только благодаря возможности такого воздействия, оказываемого в бодрственном состоянии больного, особенно во внушенном сне, врач может направленно влиять на все процессы высшей нервной деятельности больного, отправления его внутренних органов, работу его вегетативных систем.

Не только эти теоретические соображения, но и весь наш клинический материал дают основание сделать важный вывод, что в комплекс основных терапевтических приемов, которыми располагает каждый врач, должна входить и психотерапия. Делая такой вывод, мы основываемся на положении, что нет и не может быть даже чисто соматического заболевания, которое не сопровождалось бы (главным образом у людей слабого или ослабленного типа нервной системы) теми или иными невротическими наслоениями. Всякое заболевание уже само по себе создает у больного чувство тревоги и неуверенности, приводя его в смущение по поводу того нового и неизвестного, что происходит в его организме. Но в некоторых случаях у такого рода больного развивается выраженное невротическое состояние: угнетение, плохое самочувствие, нарушения сна и аппетита и пр.

Это говорит о том, что общие приемы психотерапии – успокоение, ободрение, разъяснение и убеждение – должны применяться каждым врачом любой специальности.

Отсюда следует, что учение о слове, как и учение о неврозах и методах их лечения, должно интересовать врачей всех специальностей.»Факты весьма убедительно говорят о том, что нет такой клинической специальности, где не требовалось бы применение психотерапии в той или иной ее форме.

Углубленное ознакомление врачей всех специальностей с учением о неврозах необходимо также и потому, что с ним весьма тесно связаны представления о механизмах кортикогенных дисфункций различных, внутренних органов. Такого рода кортикогенный синдром – висцеральный, вегетативный или вегетативно-эндокринный – нередко создает картину якобы органического заболевания. В таких случаях необходимо искать психогенный фактор, вызвавший нарушение корковой регулятор-ной деятельности. Кроме того, при всех соматических заболеваниях всегда нужно иметь в виду возможность ослабления тонуса коры мозга, что также чрезвычайно облегчает развитие невротического состояния.

Поэтому каждый врач при наличии у больного выраженной висцеральной патологической симптоматики должен интересоваться и возможным психогенезом последней. Это тем более необходимо потому, что больные весьма часто оказываются носителями такого рода нераспознанных кортикогенных висцеральных заболеваний, вследствие чего нуждаются в применении соответствующей патогенетической терапии, а именно психотерапии.

Как мы уже отмечали, направление больных с такими якобы органическими заболеваниями на обычное клиническое или курортное лечение весьма часто не

приводит к ожидаемому терапевтическому эффекту, ибо эти больные нуждаются именно в строго индивидуализированной психотерапии, а не только в перемене обстановки или в разного рода курортных мероприятиях.

Таким образом, психотерапия, основанная на учете психогенеза и соматогенеза функциональных нарушений высшей нервной деятельности, предполагает не только внимательное отношение к переживаниям больного, но в основном самое тщательное выяснение всех обстоятельств его анамнеза.

Анализируя соматическое заболевание, врач не вправе забывать о возможности психической травмы, лежащей в патогенезе болезни. Он должен иметь в виду возможность вторичных психогенных невротических наслоений, возникающих у больного в виде реакции на его органическое заболевание. Наконец, он должен учитывать возможность и невротической симптоматики, развившейся у больного психогенным путем совершенно независимо от его основного соматического заболевания, что, конечно, также может сильно осложнить клиническую картину последнего.

Применение психотерапии может оказать помощь также в диагностическом отношении, ибо уже сам факт ее эффективности может явиться важным доказательством функциональной природы заболевания и способствовать дифференциальной диагностике.

Вместе с тем эффективность психотерапии уже сама может служить ответом на вопрос, являются ли психогенные неврозы заболеваниями с якобы «пока еще не открытыми» микроструктурными морфологическими изменениями, как полагали Раймонд (Raimond) и Штрюмпель. Так как из учения И. П. Павлова о неврозах следует, что они имеют функциональную природу, то речь здесь может идти лишь о возможном перерастании функционального нарушения деятельности внутреннего органа в нарушение структурное, т. е. органическое. Но мы наблюдали немало случаев полного восстановления функций внутренних органов и систем, наступившего после проведения психотерапии. Это говорит о том, что патология в данных случаях была вызвана исключительно нарушением корковой регуляции их деятельности. Об этом же свидетельствует и то, что значительная, иногда даже многолетняя, длительность патологического состояния какого-нибудь органа или системы отнюдь не препятствовала быстрому лечебному эффекту психотерапии. Кроме того, после такого рода быстрого восстановления нарушенных функций (например, деятельности желудочно-кишечного тракта) больных тотчас же переводили со строгой пищевой диеты на обычную, без каких-либо последующих осложнений.

При этом психотерапия, как патогенетический метод лечения функциональных расстройств высшей нервной деятельности, должна вскрывать непосредственные условия, предрасполагавшие к невротическому заболеванию и вызвавшие его, выяснять его патологическую структуру и патологическую динамику, устранять факторы, функционально ослабившие кору мозга, и содействовать повышению ее общего тонуса. Н о основное ее назначение – устранить патологические динамические структуры и создавать взамен их нормальные динамические структуры, как и нормальные корково- подкорковые отношения. Наконец, она

должна профилактически предохранять нервную систему больного от возникновения функциональных нарушений в будущем.

Таким образом, физиологически обоснованная психотерапия выражается в активном лечебно-профилактическом вмешательстве врача в состояние корково-подкорковой динамики больного. Она представляет собой один из весьма важных видов его врачебной деятельности. Ее роль и значение огромны и должны пользоваться полным и всеобщим признанием.

Все приемы врачебного психотерапевтического воздействия в настоящее время достаточно разработаны и научно обоснованы. Это относится и к элементарному утвердительному (императивному) внушению в бодрственном или гипнотическом состоянии, и к сложному мотивированному воздействию словом (убеждение, разъяснение) в бодрственном состоянии, внушенной дремоте или внушенном сне, и к широкому онтогенетическому анамнестическому анализу причин функционального нарушения высшей нервной деятельности больного, который составляет собой существеннейшую часть психотерапевтического процесса. При этом все они могут применяться как раздельно, так и комбинированно. Конечно, во всех случаях применения психотерапии необходим индивидуальный подход к больному.

Наиболее часто применяемая нами комбинированная психотерапия обычно начинается с более или менее углубленной анамнестической беседы или ряда таких бесед, что делается не только с целью выяснения характера заболевания, но и осуществления первого психотерапевтического подхода к больному. Во время этих бесед должен установиться положительный контакт врача с больным, должно возникнуть доверие больного к врачу, после чего больной становится более откровенным с врачом. Дальнейшими элементами комбинированной психотерапии являются психотерапия в бодрстзенном состоянии (разъяснение, убеждение и внушение), затем внушение в гипнозе, имеющее своей задачей закрепление сказанного в бодрственном состоянии, и, наконец, длительный глубокий внушенный отдых в том же состоянии внушенного сна.

Один из важнейших элементов психотерапии составляет сама формула словесного убеждения или внушения. Задача врача заключается в том, чтобы коротко, четко и патогенетически правильно составить текст разъяснений, убеждений и внушений. Центральным ядром формулы внушения должно быть внушение больному спокойного отношения к событиям, травмировавшим его психику. Таким путем наиболее эффективно устраняется (затормаживается) действие основного невротизирующего фактора. Внушенный «глубокий отдых» также является в соответствующих случаях важным приемом лечебного гипносуггестивного воздействия. Он должен длиться 1–1½ часа и более и должен обеспечивать возможность быстрейшего восстановления нарушенных процессов высшей нервной деятельности.

Приписываемые методу гипносуггестивной терапии кратковременность терапевтического эффекта, устранение лишь отдельных симптомов, а также различные вредные влияния на больного, якобы ведущие к повышению внушаемости, чрезмерной подчиняемости, патологическому тяготению к гипнозу и т. п., сильно

преувеличены. В такой форме они нами никогда не наблюдались.

К положительным сторонам речевой терапии во внушенном сне нужно отнести значительное сокращение срока лечения по сравнению с другими методами лечения тех же состояний (физиотерапия, фармакотерапия, перемена обстановки), которые часто являются и безрезультатными. Наши многолетние (в некоторых излеченных случаях до 10–20 лет) наблюдения позволяют считать ошибочным все еще существующее утверждение о непрочности результатов гипносуггестивного лечения. Все зависит от методики его применения и патогенетической направленности делаемых внушений.

Необходимо также сказать о заблуждении, имеющем еще место в оценке эффективности суггестивной психотерапии при истерических реакциях. Считается, будто при этом методе лечения устраняются лишь отдельные истерические симптомы, причем со склонностью их к рецидивам. Наши наблюдения позволяют утверждать, что практически лечение истерических моно и полисимптомных реакций может быть полным и безрецидивным.

Конечно, если речь идет об истерическом характере, свойственном лицам со слабым общим и художественным частным типом высшей нервной деятельности, тогда лечение, действительно, требует подчас длительного применения ряда сложных специальных мероприятий. Здесь же мы говорим именно о реактивном истерическом неврозе у лиц практически здоровых, с сильным художественным типом высшей нервной деятельности, попавших в сверхсильные для них условия тяжелых жизненных испытаний.

В этих случаях даже тяжелый истерический невроз, со сложной синдроматикой, зачастую весьма длительный, может оказаться лишь эпизодом в жизни больного.

То же нужно сказать и в отношении лечения навязчивого невроза, развивающегося по механизму внушения, часто с весьма длительным течением. В этом случае психотерапия может дать весьма быстрый эффект с последующим многолетним положительным катамнезом. Между тем заболевания такого рода нередко ошибочно принимают за конституциональную психастению, плохо поддающуюся психотерапевтическому воздействию.

Что касается вопроса об успехе психотерапии и стойкости этого успеха, то он главным образом находится в зависимости от типа высшей нервной деятельности больного, от готовности последнего реагировать в определенном, полезном для него направлении («желание излечения»), от воздействия средовых социальных и физических факторов во время лечения и, наконец, от личности врача и умения его подойти к больному.

В развитии «установки» или «готовности» больного к эффективному восприятию воздействия на него психотерапевта важное значение имеет именно личность самого материалистически мыслящего советского врача – его широкая медицинская подготовка, эрудиция в вопросах речевой психотерапии, оптимизм и, конечно, призвание к ней и владение ее методами, так же как и его терпеливое, внимательное и вдумчивое отношение к больному, обеспечивающее условия положительного контакта между ним и больным. Все это является особенно важ-

ным при психотерапии с глубоким анамнезом.

Что же должно служить основанием для применения именно гипносуггестивной психотерапии, столь длительное время не получавшей научного обоснования и потому многими не признававшейся?

Основанием служит возникающее в этих условиях переходное ко сну умеренно тормозное (фазовое) состояние коры мозга с готовностью к функциональному расчленению коры мозга на сонные и бодрствующие отделы, при котором бодрствующая зона раппорта получает повышенную восприимчивость к словесным воздействиям усыпившего врача, особенно в парадоксальной фазе.

Метод гипносуггестивной психотерапии приобретает важное значение также и потому, что в его основе лежат два весьма ценных лечебных фактора:

а) сонное восстановительное торможение коры головного мозга и

б) повышенная внушаемость, т. е. повышенная восприимчивость бодрствующих клеток второй сигнальной системы (зона раппорта) к речевым воздействиям усыпившего.

При этом корковые клетки заторможенных отделов коры мозга усыпленного находятся в такой степени заторможенности, какая обеспечивает легкую возможность их растормаживания под влиянием падающих на них слов внушения. Именно вследствие этого и возникает функциональное расчленение корковых клеток на бодрые и сонные, столь характерное для состояния внушенного сна. Сила и яркость внушаемых состояний и представлений обусловливаются при этом взаимной индукцией между создаваемым внушением бодрствующим очагом возбуждения и окружающим его процессом торможения.

В таких условиях задача врача – коротко, четко и патогенетически правильно сформулировать слова (текст) применяемых им речевых воздействий. В силу этого весьма важное значение приобретает сама формула речевого внушения.

Важным приемом лечебного воздействия оказывается создаваемый в условиях гипносуггестивной психотерапии длительный внушенный «глубокий отдых», обеспечивающий быстрое восстановление энергетических ресурсов коры мозга и всего организма в целом.

Освещая вопрос о слове как о физиологическом и лечебном факторе, мы видим, что слово действительно является материальной силой, требующей умелого и осторожного обращения, особенно при применении его с лечебной целью. Есть основания думать, что область применения слова, как и пределы врачебного речевого воздействия, в настоящее время недостаточно изучены и что психотерапия таит в себе многие нераскрытые возможности. Об этом можно сказать словами И. П. Павлова: «... Науку ждут такие же поражающие открытия и с ними такая же чрезвычайная власть над высшей нервной системой, которые не уступят другим приобретениям естествознания».

Именно в нашей стране создались все условия для успешной углубленной разработки той огромной проблемы, какую представляет собой учение о слове, в частности применение слова в лечебной медицине. Именно с развитием физиологии высшей нервной деятельности человека старейший лечебный метод – психотерапия – получил, наконец, научное освещение, а один из основных его приемов

– речевое внушение во внушенном сне – оказался в настоящее время наиболее научно обоснованным. Значительные успехи, достигнутые применением физиологически обоснованных методов психотерапии, служат блестящей иллюстрацией огромного значения внедрения физиологического учения И. П. Павлова в лечебную медицину.

Вместе с тем необходимо признать, что в наши дни в лечебной медицине психотерапия стала важным физиологически обоснованным терапевтическим методом, который успешно применяется в качестве мощного психопрофилактического и терапевтического фактора.

Большое значение приобретает также и то, что объектом воздействия врачебного слова в нашей стране служит человек, который сам является активным членом советского общества, его деятелем, творцом новой жизни. Это делает лечебную задачу врачебного слова особенно ответственной, важной и почетной.

Можно считать, что советская медицина действительно имеет в своем распоряжении четыре основных способа лечебного воздействия, оказываемого на больного, – фармакологическое, физиотерапевтическое, хирургическое и психотерапевтическое. При этом речевая психотерапия, пронизывая собой все другие лечебные методы, в определенных случаях приобретает весьма важное значение патогенетического воздействия на больного.

Вместе с тем в равной мере необходимой оказывается речевая психотерапия и чисто симптоматическая. Наконец, путем речевой психотерапии может быть усиливаема терапевтическая эффективность и других лечебных средств.

Однако мы знаем, что, по словам И. П. Павлова, огромная помощь врачу со стороны физиологии возможна только при одном строгом условии – при постоянной проверке физиологических данных клиническим наблюдением. «Ничто не имеет права, – говорит он, – сделаться клиническим правилом только на основании физиологии, все должно быть проверено клиническим наблюдением, получить клиническую санкцию...». При этом именно в условиях речевой психотерапии приобретает особое значение органическая связь теории с практикой. По этому поводу мы с удовлетворением можем отметить, что весь приведенный нами материал исходит от практики: в одной его части он проверен лабораторией, а в другой – подтвержден клиникой.

В заключение хотелось бы отметить, что при написании данного труда мы отнюдь не ставили своей задачей дать исчерпывающее изложение всех проблем психотерапии. Мы лишь стремились привести главные исходные теоретические положения учения о слове как физиологическом и лечебном факторе и вытекающие отсюда практические выводы с целью помочь многим молодым врачам в их дальнейшей работе на этом важном пути.

Мы пытались обосновать пути и методы психотерапии и показать действенность ее применения в лечебной медицине. Мы отдаем себе отчет в том, что дальнейшее успешное развитие сложных проблем психотерапии возможно лишь путем длительной совместной творческой работы физиологов и клиницистов, проводимой на основе учения о физиологии и патологии высшей нервной деятельности человека. Необходимо только, чтобы клиницисты усвоили основы физиологии высшей нервной деятельности человека, а физиологи стали бы ближе к клинике.

Наконец, подытоживая многолетний труд, нам хотелось бы бросить ретроспективный взгляд на пройденное.

Прежде всего следует сказать, что со всем этим непосредственно связан ряд чисто организационных вопросов, в частности вопрос о психотерапевтическом образовании врачей.

Было ли и есть ли оно? Проводится ли у нас подготовка соответствующих кадров?

К сожалению, не было и нет, ибо курс психотерапии никогда систематически не преподавался. Да и самого представления о психотерапии как о цельной дисциплине не было, и теперь его у большинства врачей все еще нет, в силу чего некоторые врачи по-прежнему относятся к ней скептически. Были лишь спорадические попытки чтения курса о лечебном значении внушения и гипноза, делавшиеся в свое время А. А. Токарским (Москва), В. М. Бехтеревым (Ленинград, 1909-1927), нами и нашими сотрудниками (Харьков, 1923-1954).

С 1933 по 1941 г. в Харьковском институте усовершенствования врачей автором читался краткий факультативный курс о неврозах и о слове как физиологическом и лечебном факторе, а в настоящее время проводится курс лекций и занятий по психотерапии.

Для популяризации важного значения слова как физиологического и лечебного фактора нам в 20-30-е годы приходилось прилагать большие усилия. Мы проводили демонстрации больных на врачебных конференциях, вызывавшие значительный интерес со стороны студентов-медиков и врачей различных специальностей, выступали с докладами на научных съездах, а также читали популярные лекции для широких слоев населения в клубах и на заводах.

Уже в 40-50-е годы психотерапевтические методы воздействия на больного получили в нашей стране значительное распространение. Психотерапия стала шире применяться в клинике внутренних болезней, в эндокринологической и психиатрической клинике, в акушерстве и гинекологии, в дерматологии, в практике санаторно-курортного лечения.

Наконец, была разработана новая система психопрофилактики болей в родах, получившая широкое признание не только в Советском Союзе, но и за рубежом. В последние годы заметно увеличилась литература по вопросам психотерапии.

Во всем этом важную роль сыграла объединенная сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР (1950), выдвинувшая учение И. П. Павлова о физиологии и патологии высшей нервной деятельности человека в качестве основной теоретической базы развития отечественной медицинской науки. Этим самым психотерапия, получившая теоретическое обоснование в трудах И. П. Павлова, вышла на новый, правильный путь своего развития.

ПРИМЕЧАНИЯ

Ниже мы даем в виде примечаний к тексту более детальное изложение некоторых из рассматриваемых в монографии вопросов, требующих более глубокого их освещения (с указанием страниц текста, к которым они относятся). Здесь же помещены письма некоторых больных, помогающие уяснению их состояния до лечения или же раскрывающие характер или результаты полученной ими психотерапевтической помощи.

1. Об условиях развития внушенного сна

(к стр. 61)

Успеху приведения человека в состояние внушенного сна, как отметил в свое время еще Форель (1928), мешают аффекты: страх, недоверие, печаль, отчаяние, гнев, радость и т. п., причем даже часто усыплявшиеся оказываются в этих условиях негипнабильными. Эти деятельные состояния мозга являются антагонистами усыпления. В таких случаях необходимо предварительно добиться полного успокоения больного с разъяснением ему лечебного влияния на человека внушенного сна.

Известно, что при развитии внушенного сна в первую очередь затормаживаются именно произвольные движения. И. П. Павлов ставит это в связь с физиологическим механизмом произвольности движений, т. е. их обусловленностью суммарной деятельностью коры, ибо «кинестезические клетки коры могут быть связаны, и действительно связываются, со всеми клетками коры» – представительницами и «внешних влияний и всевозможных внутренних процессов организма». Он подчеркивает при этом, что все эти связи возникают именно прижизненно, когда ребенок «месяцами обучается управлять своими первыми движениями» (И. П. Павлов, 1951а, стр. 446).

Таким образом, в условиях внушенного сна, как и сна естественного, именно эти издавна образовавшиеся связи затормаживаются в первую очередь. При этом они могут избирательно растормаживаться лишь в тех их участках, в которые поступают импульсы из зоны раппорта, т. е. импульсы речевых внушений усыпившего. Вот почему усыпленные, следуя приказам усыпившего, «правильно исполняют движения (ходят по сложному, запутанному и трудному пути)», не выходя при этом из состояния внушенного сна. В этих условиях выполнение двигательных актов осуществляется путем последовательного растормаживания одних

кинестезических клеток и затормаживания других (И. П. Павлов, 1927).

2. О состоянии усыпленного во время внушенного сна

(к стр. 88)

По вопросу о переживаниях усыпленного во время внушенного сна считаем нелишним привести мысли, высказанные еще в 80-х годах прошлого столетия нансийским физиологом Бонн (Beaunis, 1889): «Каково состояние ума загипнотизированного во время его сна? Основываясь на своих наблюдениях, я склонен предполагать, что тут мы встречаем случай полного покоя мышления, пока субъекту не сделано внушение. Если спросить субъекта, погруженного в гипнотический сон (а я часто задавал вопрос): «О чем вы думаете?», то он всегда ответит мне: «Н и о ч е м!». Следовательно, загипнотизированный находится в состоянии умственного покоя, что, в сущности, вполне согласуется с его внешним видом: тело его неподвижно, лицо бесстрастно, вся фигура его принимает такое выражение спокойствия и безмятежности, какого она редко достигает при обыкновенном сне. Поэтому, вопреки мнению врачей, я считаю гипнотический сон без внушений более восстанавливающим, чем обыкновенный сон, и на основании наблюдений Льебо, а также моих собственных опытов я думаю, что часть целебного действия, производимого гипнотизмом, должна быть приписана этому благодетельному свойству искусственного сна».

3. О характере взаимодействия коры и подкорки

(к стр. 251)

Весьма важными являются вопросы: каковы физиологические соотношения коры мозга и ближайшей подкорки, в частности какова роль подкорки в деятельности коры и роль коры в деятельности подкорки?.

Ответы на эти вопросы мы находим во многих высказываниях И. П. Павлова. «Подкорка оказывает положительное влияние на кору больших полушарий, выступая в качестве источника их силы»,– говорит он. При этом «резко возбужденная подкорка сильно заряжает кору, повышает лабильность клеток», вследствие чего в этих условиях сильные раздражители оказываются уже сверхмаксимальными и приводят к запредельному торможению, И. П. Павлов отмечает, что «в подкорковых центрах заключен фонд основных внешних жизнедеятельностей организма», причем с физиологической стороны подкорковые центры характеризуются «инертностью как в отношении раздражения, так и тормозных процессов». Роль же коры мозга выражается в «широком анализе и синтезе всех внешних и внутренних раздражений», с постоянным «корригированием косности подкорковых узлов», причем на фоне «общей грубой деятельности», осуществляемой подкорковыми центрами, «кора как бы вышивает узор более тонких движений, обеспечивающих наиболее полное соответствие с жизненной обстановкой» (И. П. Павлов, 1949, стр. 18 и 19).

Вместе с тем благодаря исключительной лабильности и реактивности коры мозга она делает возможным «пока точно неизвестным механизмом» для «сильных, но инертных по их природе подкорковых центров» реагировать свойствен-

ной им деятельностью на чрезвычайно незначительные по силе колебания среды. Таким путем кора мозга, преодолевая косность подкорковых центров, возбуждает организм к деятельности или же останавливает ту или иную его деятельность также «через посредство подкорковых центров». В силу этого слабые внешние и внутренние раздражители, недостаточные для непосредственного раздражения этих центров, «возбуждают их при посредстве больших полушарий». Однако на вопрос о том, как все это происходит, «мы не имеем в физиологии определенного ответа». Точно так же «неясно и быстрое торможение подкорковых центров», возникающее в ответ на слабое раздражение коры мозга (И. П. Павлов, 1951а, стр. 314 и 320).

Таким образом, нам неизвестен физиологический механизм «зарядки из подкорки» и то, какими путями осуществляется эта «зарядка». Повидимому, определенную роль в этом могут играть гуморальные воздействия на корковые клетки, так же как и воздействия через симпатическую нервную систему.

Весьма большое значение имеют индукционные отношения между корой и подкоркой. При этом деятельное состояние больших полушарий отрицательно индуцирует подкорку, т. е. в общем задерживает ее деятельность, «освобождая избирательно только то из ее работы, что требуется условиями места и времени». Наоборот, задержанное, заторможенное состояние полушарий «освобождает или положительно индуцирует подкорку, т. е. усиливает общую ее деятельность». Вместе с тем большие полушария под влиянием массы падающих на них раздражений по правилу отрицательной индукции постоянно «упражняют тормозящее действие на подкорковые центры и тем облегчают для себя всякое специальное экстренное торможение этих центров» (И. П. Павлов, 1951а, стр. 320–321 и 375).

4. Из прошлого психотерапии

Остановимся на критическом рассмотрении господствовавших в России в прежние годы так называемой рациональной психотерапии швейцарского психиатра Дюбуа (1912) и психотерапевтического учения французского невропатолога Дежерина. (1912). Наряду с рядом отрицательных сторон их взгляды имеют некоторое положительное значение.

Появившийся в начале текущего столетия метод рациональной психотерапии Дюбуа предназначен автором «для воздействия на сознание больного». В свое время он пользовался признанием большинства отечественных психиатров и психоневрологов. По Дюбуа, первоисточником невроза якобы является ошибка в суждениях больного, которая и приводит к порождаемой его воображением ложной идее. Поэтому Дюбуа обращается именно к рассудку больного (отсюда и название метода – «рациональная психотерапия») с целью научить больного правильно относиться к своим ощущениям, правильно оценивать симптомы своего заболевания и исправлять ошибки в логических суждениях, порожденные воображением или же самовнушением. Задача метода – воспитание мышления больного, активизация его психических процессов, осуществляемые путем убеждения.

Хотя Дюбуа как и его последователи, полагал, что его метод вполне свободен от внушения, оказываемого на больного, в действительности скрытое внушающее воздействие в нем, несомненно, имелось. Как отмечает Ю. В. Каннабих (1933), в рациональную психотерапию, как ее проводил Дюбуа, входило много чисто суггестивных элементов, в частности связанных с обаянием личности ее основателя.

Концепция Дюбуа, построенная на началах умозрительной психологии и психофизического параллелизма, исходит из ошибочных представлений, что невроз якобы является продуктом относительной недостаточности интеллекта и ослабленной воли больного. При этом совершенно игнорируется роль в развитии невроза средовых факторов (в том числе факторов социальной среды). В силу этого в методе Дюбуа отсутствует анализ конкретных условий развития невроза.

Положительным в методе Дюбуа являются:

1) активизация врачом мышления больного, 2) применение логических доводов, направленных на устранение путем обсуждения с больным его ошибочных представлений. Однако в ряде случаев одно убеждение, основанное на уяснении причин и условий развития невротического заболевания, оказывается явно недостаточным для того, чтобы это заболевание устранить. В таких случаях сами больные говорят: "Я понимаю причину своего заболевания (или своего влечения), но не могу от него избавиться!» или: «Я хочу, но не могу забыть своего душевного потрясения!» или: «Сознаю нелепость своего навязчивого состояния, но не могу с ним справиться!» Более того, при значительной патологической инертности больного пункта, динамической структуры, коркового процесса (раздражительного, или тормозного) словесные убеждения могут лишь усиливать действие этого инертного очага, но не устранять его. Поэтому здесь наибольшую эффективность может иметь речевая психотерапия, проводимая не в бодрственном, а в дремотном состоянии или же во внушенном сне, осуществляемая не только прямым внушением, но и путем убеждения (мотивированное внушение).

В противовес концепции Дюбуа, Дежерин (1912) выдвинул другую концепцию, в которой особое значение в развитии невроза придается не интеллектуальной сфере, а сфере эмоциональной, в частности отрицательной эмоции, действовавшей остро или же хронически, что и приводит к возникновению невроза.

К методам внушения и гипноза Дежерин относился крайне отрицательно, считая, что они подавляют «свободу воли» больного и превращают его в автомат (здесь сказалось влияние школы Шарко, к которой принадлежал Дежерин). Антинаучность концепции Дежерина ярко проявилась в его высказываниях. По его словам, «религиозный человек не может быть неврастеником», «детерминист не может быть психотерапевтом» и т. п.

В учении о неврозах у Дежерина есть лишь одно правильное положение– о важном значении в развитии невроза отрицательных эмоций. Как мы знаем, в настоящее время в учении И. П. Павлова это обстоятельство получило свое физиологическое обоснование. Далее Дежерин правильно подчеркивал, что для успеха психотерапии большое значение имеет наличие положительной установки больного на врача и наличие взаимопонимания между врачом и больным.

Идеалистическое учение Дежерина, как и идеалистическая концепция Дюбуа, не могли занять в области психотерапии господствующего положения. В силу

этого же обстоятельства в корне ошибочное учение о неврозах, развитое Фрейдом и его последователями, также было отвергнуто и нашло признание лишь в США, где оно в настоящее время используется в качестве одного из идеологических средств затемнения классового сознания трудящихся (подробнее об этом см. главу XX).

5. О лечебном и патогенетическом значении внушения и внушаемости

По вопросам внушения и внушаемости имеется большая литература как у нас, так и за рубежом. Особенно много писали по этому вопросу А. А. Токарский, В. М. Бехтерев, а за рубежом –Молль и Форель. Приводим некоторые высказывания последнего.

Как говорит Форель (1928), внушение «проникает самым утонченным образом во все действия нашей жизни и, то поощряя, то задерживая, вступает с терапевтическими мероприятиями в самые сложные сочетания», причем «к действию лекарства оно то прибавляется, то, наоборот, вычитается». Во многих случаях оно, «действительно, представляет собой единственный терапевтический фактор». При этом оно «тысячелетиями держало в обмане и врачей, и больных относительно специфического действия многих лекарств, причиняя тем величайший ущерб научному развитию терапии».

Задача будущей научной терапии, по словам Фореля, состоит в том, чтобы из каждого лечебного способа (будь то лекарственный, наружный или какой-нибудь иной) «точными, научно поставленными опытами, исключить суггестивный элемент». Это будет задача «во многих случаях крайне трудная и деликатная»,– говорит он. Поэтому «о действительном обосновании, например гомеопатического метода лечения, конечно, не может быть и речи до тех пор, пока не будет доказано, что гомеопатически разведенные лекарства вызывают свои эффекты сами по себе, без содействия веры больного».

Вместе с тем он отмечал, что, основываясь на этих соображениях, мы должны будем еще энергичнее заботиться о том, чтобы внушение как терапевтическое средство сохранялось только в руках научно образованных врачей.

Резюмируя все сказанное им по этому поводу, Форель писал, что «число появляющихся новых методов лечения, физических, химических или диететических, растет с каждым днем. Они дают хорошие результаты до тех пор, пока сохраняется их суггестивное действие. Но сохраняются надолго лишь те немногие методы лечения, которые имеют чисто объективные основания».

Вспомним аналогичные высказывания И. П. Павлова о том, что «чем больше указывается средств против какой-нибудь болезни, тем меньше их действительная сила. И это понятно: при хорошем, действенном средстве многих средств не нужно» (1889, стр. 11).

Как правильно отмечает П. Д. Горизонтов (1952), характерной особенностью допавловской медицины было выпячивание без всяких к тому оснований либо вегетативной нервной системы, либо соединительной ткани, либо эндокринной системы, либо физико-химических процессов и т. д., как якобы «определяющего» фактора в жизнедеятельности организма в условиях нормы и патологии.

В самом деле, чем, как не избытком самовнушаемости, обусловлена легкая возможность увлечения физиологов и врачей той или иной новой или же старой идеей, легко уводящей их в сторону от истины? Не эту ли самовнушаемость (и больных, и врачей) мы видим на примере увлечения гомеопатией, имеющем свою многолетнюю печальную историю?

В связи с этим следует напомнить, что повышенная внушаемость далеко не всегда свойственна лишь конституционально крайне слабому типу нервной системы. Ее проявления могут наблюдаться и у здоровых лиц, с сильным типом нервной системы, в случае, например, если они оказываются сильно увлеченными той или иной идеей, чем снижается их нормальная критическая деятельность (т. е. анализаторная функция их второй сигнальной системы). В патологии мы нередко наблюдали случаи функциональной разорванности корковой деятельности, временно возникающей под влиянием тех или иных средовых факторов или внутренних причин, остро или же длительно снижающих положительный тонус коры мозга. Это и приводит к повышенной вну-
шаемости, степень которой может колебаться в широких пределах. В основе ее обычно может лежать значительная сила одних корковых клеток, противопоставляемая слабости других, легко переходящих в тормозное состояние.

6. О лечебном значении глубины сонного торможения во внушенном сне

Напомним, что в свое время исследованиями М. К. Петровой на животных, травматизированных сверхсильными раздражениями, было убедительно показано, что особенно «целительное» воздействие оказывал на них не длительный фармакологический сон (вызываемый вероналом), а именно переходное, фазовое, гипнотическое торможение корковых клеток (обычно переходившее у них в дальнейшем в состояние естественного сна). При этом у 2 собак гипнотический сон, как и последующий естественный сон, был глубок. Они храпели и пробуждались с трудом. Третья же собака находилась лишь в дремотном состоянии, пробуждалась от слабых внешних раздражений, и ее сон не был таким продолжительным, как у первых двух. Положительный результат был получен у всех 3 собак. Однако у собаки, находившейся в дремотном состоянии, восстановление нормальной корковой деятельности произошло на 3 месяца позднее, чем у собак, глубоко спавших. Таким образом, эффективность длительного гипнотического сна, переходившего в естественный сон, зависела от его глубины.

7. К вопросу о факторах, способствующих развитию невроза

Как показали наши наблюдения, черты повышенной мнительности (т. е. придавание преувеличенного значения своим болезненным ощущениям) у многих больных обнаруживаются лишь в период их невротического заболевания, исчезая по устранении последнего. Мы имеем в виду здесь именно повышенную или тревожную мнительность, а не так называемый тревожно-мнительный характер (С. А. Суханов), имеющий конституциональную природу. Таким образом, их повышенная мнительность является приобретенной, временной и представляет собой как бы один из симптомов их невротического заболевания. Как можно ду-

мать, она является прямым результатом вто-росигнальной переработки значения невротического нарушения, возникшего в их высшей нервной деятельности. В силу этого заболевший, утрачивая уверенность в себе, начинает с преувеличенной тревогой относиться ко всему, что, по его мнению, может неблагоприятно отразиться на состоянии его здоровья. По видимому, все это является прямым следствием перенапряжения «общего рефлекса жизни» (И. П. Павлов).

Основываясь на некоторых наших наблюдениях, мы приходим к отрицанию прямой обусловленности развития невроза имеющейся патологической наследственностью, ибо невроз, причем в тяжелой форме, может возникнуть и при здоровой наследственности, у лиц с сильным типом нервной системы. Все это может служить прямым подтверждением слов И. П. Павлова о том превалирующем значении, какое приобретает ситуация «трудной встречи», непосильная для данной нервной системы. Средовые факторы могут вести к ослаблению типовых свойств нервной системы, способствуя развитию на этой основе того или иного невротического состояния.

8. О патогенетическом значении сновидений

(к стр. 367)

Следует отметить, что в прошлом представление о том, что сновидение может явиться прямой причиной невротического заболевания, разделялось рядом авторов: в России М. Манассеиной, за рубежом психиатрами Гризингером (Grisinger), Эскиролем (Esquirol), Мори (Maury), Баярже (Baillarger) и др. Как утверждает Санте де Санктис, содержание виденного сновидения может воздействовать на человека «наподобие психической травмы».

Ошибочность этих представлений не вызывает сомнения, ибо содержание сновидения может лишь сигнализировать о начинающемся заболевании, но отнюдь не может быть его причиной. Это с полной очевидностью вытекает из вполне правильного положения Фере о том, что «сновидные образы сами по себе ложны (т. е. не адекватны действительности. – К. П.), но обусловившие их ощущения истинны». Приводим пример, хорошо это иллюстрирующий.

Больная М., 19 лет, студентка, поступила с жалобами на паралич обеих верхних конечностей, потерю в них всех видов чувствительности, боли в затылочной области головы ослабление зрения и памяти и быструю утомляемость. Заболевание возникло внезапно «после устрашающего сновидения, в котором она увидела, что у нее отнялись обе руки». Проснувшись, обнаружила, что обе ее руки парализованы. Это вызвало сильный испуг. Обратилась к врачам, были проведены физиотерапевтические процедуры и общая укрепляющая медикаментозная терапия. Через 2 недели появились движения в локтевых суставах.

Непосредственно перед заболеванием М. перенесла ряд переживаний. Особенно отмечает одно из них: когда после хирургической операции (аппендэктомии) ее за неимением места в хирургическом отделении поместили в гинекологическое, а это в учебном заведении, где она училась, было истолковано как случай аборта.

Статус: кисти и пальцы обеих рук цианотичны, пальцами может производить лишь едва уловимые кивательные движения. На обеих руках до локтей полная болевая и тактильная анестезия с гиперестезией в области ногтевых фаланг. Сухожильные рефлексы равномерно живые.

Проведено 5 сеансов гипносуггестивной психотерапии, что привело к полному восстановлению движения и чувствительности. Выписана в хорошем состоянии, после чего в течение месяца была под наблюдением с положительным катамнезом.

В данном случае картина двигательного паралича, развившегося по механизму истерической реакции, получила отражение в содержании сновидения. Так как сновидение в данном случае предшествовало развитию указанных явлений, это могло бы дать идеалистически мыслящему исследователю право утверждать, что заболевание явилось «следствием» сновидения. В действительности фактором, травмировавшим психику, явились предшествующие переживания, сновидение же отразило в себе картину развивающихся явлений истерического паралича. «Человек так настроен – и ему это снится», – говорит И. П. Павлов (Павловские клинические среды, т. 1, стр. 472).

9. О психотерапии алкоголизма

Приводим выдержку из письма одного из бывших тяжелых алкоголиков, получившего полное излечение от своего недуга после проведенной нами речевой психотерапии, в то время как были основания думать о симптомах начинавшейся деградации личности.

Содержание этого письма убеждает в эффективности психотерапевтической помощи, оказываемой в условиях тяжелого многолетнего алкогольного оглушения. Как свидетельствует наш опыт публичных лекций о вреде алкоголизма и лечении алкоголиков внушением, оно оказывает сильное впечатляющее воздействие. Письмо датировано 14/VI 1941 г.

«Три года тому назад я лечился от тяжелой формы алкоголизма, который многие считают не болезнью, а только «баловством». Но на собственном опыте я убедился, что такое «баловство» может повлечь за собой самые ужасающие последствия.

Мне сейчас 49 лет. В общей сложности я пил 28 лет, из них 18 лет запоем, выпивал (за редким исключением) не меньше литра водки в день, все время находясь в одурманенном состоянии. В редкие дни трезвого состояния не находил себе места от угрызений совести и сознания «обреченности на смерть под забором». Три раза «допивался до белой горячки», четыре раза находился на излечении в Одесской психиатрической больнице. В 1926 г. потерял трудоспособность и был переведен на социальное обеспечение как инвалид с признаками тяжелой психастении. В 1930 г. работоспособность вернулась, но болезнь приняла еще более острую форму: я пропивал все, что у меня было, – заработок, одежду, мебель. Так как лечение не давало положительных результатов, я пришел к выводу, что если, несмотря на мое искреннее желание я не могу избавиться от своей

болезни, то нет смысла и жить! Меня упорно, долго и настойчиво преследовала мысль о самоубийстве, и только лечение гипнозом спасло меня от такого позорного конца...

После 3-го сеанса гипноза, во время которого я спал глубоким сном, я уже не мог без отвращения смотреть на спиртные напитки. С последующими сеансами у меня росла сила воли и крепло убеждение в окончательном излечении. Теперь, через 3 года, я без отвращения не могу смотреть на пьющих и даже не переношу запаха алкоголя. Я уверен, что излечился от своей болезни окончательно и навсегда. Я как будто родился вновь. Ко мне полностью вернулась работоспособность, радость жизни и желание жить!

С этого времени моя жизнь изменилась до неузнаваемости. Работаю с увлечением и радостью как на производстве, так и в общественной жизни. Я передовой человек, стахановец. Я был участником Всесоюзной сельскохозяйственной выставки 1940 г. и утвержден на 1941 г. с получением свидетельства. Выполняю большую общественную работу председателя спортивной организации, общественного обвинителя при районной прокуратуре, председателя правления клуба МТС, режиссера драматического коллектива. На Всесоюзном смотре театральной самодеятельности получил грамоту от Всесоюзного комитета по делам искусств. Читаю лекции и доклады. Я радуюсь, что я полноценный гражданин Советского Союза!»

Добавим, что положительный катамнез был прослежен нами в данном случае в течение 22 лет, с 1938 г. Автор письма находится под нашим наблюдением до настоящего времени (май 1960 г.).

10. О необходимости применения психотерапии интернистами
(к стр. 480)

Чтобы подчеркнуть важное значение учета интернистами состояния корковой динамики их больных, у которых психика уже травмирована самим заболеванием, приводим характерное в этом отношении письмо, полученное нами от одного из таких больных, прошедших у нас курс корригирующей речевой психотерапии.

«Два года назад я пришел к Вам за помощью, и это было моим последним усилием в борьбе за жизнь. Конечно, кончать жизнь в 50-летнем возрасте было обидно. Но столь же бесполезно было спорить с крупнейшими медицинскими авторитетами, которые после 3 месяцев лечения по моему требованию выписали меня из клиники с заключением: «аортокоронарокардиосклероз с явлениями коронарной недостаточности, приступами стенокардии и остаточными явлениями энцефалита». Шли также разговоры о переводе меня на инвалидность. На счастье я не стал изучать эту латынь, но она гипнотизировала меня, и я держал наготове пробирку с нитроглицерином, чтобы в любую минуту спасать себя. Однако чем своевременнее я прибегал к лекарству, тем чаще возникали сердечные спазмы. Но больше всего меня раздражало газообразование: чем разборчивей я был в пище и чем больше принимал лекарств, тем газообразование делалось сильнее, и мой живот раздувался, как у беременной. Я был глубоко убежден, что и спазмы сердечно-сосудистой системы, и газообразование являлись следствием курения, но не мог отказаться от этой дурной привычки, несмотря на запрещение врачей. Все это было основанием для умозаключения о предстоящем близком конце и даже заставило меня написать завещание.

Но мои близкие настояли на том, чтобы я обратился за помощью к психотерапевтам: ведь они могут избавить меня от непреодолимой привычки курить! И я направился к Вам. Вы дали согласие лечить меня и проникли своей пытливой мыслью в недра моего мозга – мозга человека, являющегося обреченным. При этом Вами было проведено глубокое обследование состояния всего моего организма, причем впервые за все время моей болезни исследовавший меня врач вспомнил о том, что у больного есть не только внутренние органы, работа которых может быть нарушена, но и головной мозг, работа которого также может быть нарушена. После этого я прочитал Вашу запись о себе: «псевдостенокардия» и сразу воспрянул духом.

Меня не нужно было долго убеждать в том, что Вы были правы. Я верил Вам, потому что хотел этому верить, подавлял в себе всякое сомнение и недоверие и отвергал критику. Я с готовностью ходил к Вам на сеансы психотерапии. Более того, в этом я зашел так далеко, что когда Вы заявили мне, что мое лечение закончено и я здоров, я испытал чувство, какое переживает покинутое дитя.

Короче говоря, я бросил курить, сердечные спазмы стали возникать значительно реже, сильно уменьшилось и газообразование. Более того, вопреки мнению соматологов, я добился направления меня в санаторий, и это еще больше содействовало моему выздоровлению. Я вернулся к своей работе, стал читать, писать, думать, изобретать. Однажды я написал в письме своим близким: «Я замечаю, что все более молодею». Но с возвращением жизненных сил вернулись и мои «пороки»: мне вновь захотелось курить. С тех пор я курю по 3-4 папиросы в день, и намерен прожить, несмотря на это, до 1978 г.

Однако сейчас, оглядываясь на прошлое моей болезни, я думаю, что Вы ошиблись, назвав ее «псевдостенокардией», ибо нет ни стенокардии, ни псевдостенокардии, а есть психостенокардия.

Психостенокардия – это условный рефлекс. Мне теперь понятно, почему соматологи недоумевали, что мои электрокардиограммы противоречили их заключениям. Это было обусловлено тем, что они, несмотря на всю их высокую авторитетность, не представляли, что имеют дело с заболеванием, в основе которого лежит психогенез, как это пояснили мне Вы. Терапевты в живом человеке по-прежнему продолжали видеть нарушенную заболеванием деятельность его внутренних органов, забывая подумать о том, каково же происхождение этого нарушения.

Итак мне, их бывшему больному, теперь стало совершенно ясно, что не сердечные спазмы вызывали у меня страх, а уже сам страх, возникающий по любому поводу, например по поводу лишней выкуренной папиросы или проглоченного куска недозволенной врачом пищи, обусловливал появление этих спазмов. Таким образом, спазмы оказывалось возможным вызывать даже одной мыслью о них. Но особенно меня изумляет явление газообразования: после проведенных

Вами сеансов психотерапии (а это были в основном слова внушений, какие Вами делались, когда я находился в дремотном состоянии) мой живот уменьшился в окружности на 15 см, так как газообразование пришло в норму, хотя по этому вопросу в делаемых Вами внушениях не «мелось ни одного слова. Очевидно, газообразование входило в тот комплекс, на ликвидацию которого и были направлены слова внушения.

Теперь я легко поднимаюсь на пятый этаж, ежедневно занимаюсь гимнастикой. Время от времени случаются и спазмы. Но, почувствовав начало приступа сердечных спазмов, я говорю: «Спокойно, замедляю шаг, и спазмы прекращаются. Таким образом, я могу подавлять этот условный рефлекс, а возникновение спазмов служит для меня сигналом о перегрузке. Я знаю теперь, каковы эти условия: это физическая перегрузка, все обстоятельства так или иначе связанные с пережитым мною состоянием «больного стенокардией», и даже самые воспоминания в этом отношении».

К сказанному в этом письме можно добавить, что некоторые врачи-интернисты правильно учитывают возможность психогенеза при соматическом заболевании и даже достаточно успешно пользуются в своей лечебной работе методами психотерапии. В частности, известный терапевт, профессор Военно-медицинской академии М. В. Яновский (1923) при лечении своих больных с успехом применял гипносуггестивную психотерапию. Приводим один из описанных им примеров.

«На этот раз интеллигентная больная. Ряд жестоких потрясений (потеря большого состояния, смерть мужа, наступившая вслед за этим бедность и т. д.) совершенно расстроили ее нервную систему и сделали из нее полного инвалида. Около 2 лет я бился, применяя всевозможные средства совершенно без всякого результата. Субфебрильная температура, сердцебиение, бессонница, отсутствие аппетита вызвали сильную слабость, дело доходило до галлюцинаций. Она была в тягость себе и своей семье, что очень ее угнетало. Она, напротив, желала быть полезной и стремилась работать. Испытав без успеха весь свой фармацевтический арсенал, равно как и другие средства (удаление ее от места, где свалились на нее ее несчастья, гидротерапию, электричество), я решил попытать гипноз.

Эффект был поразительный. В 5-6 сеансов она совсем поправилась и заявила, что чувствует себя совсем здоровой. Действительно, сон, аппетит стали нормальными, силы возросли, питание улучшилось, настроение стало веселым, появились бодрость, энергия. Она стала деятельным работником в семье».

Далее М. В. Яновский приводит такой любопытный для психотерапевта эпизод: «В одно из последующих посещений она явилась ко мне с большим запасом разных жалоб. Погрузив ее в сон и делая внушение, я один из симптомов, именно сердцебиение, упустил из виду, просто забыл, и вследствие этого не сказал, что он должен исчезнуть. После пробуждения я ей заявил, что она себя будет чувствовать хорошо, что все, на что она жаловалась, больше ее беспокоить не будет. Она и на этот раз ушла с полным убеждением, что все действительно произойдет, как сказано. Тем не менее на следующий прием она явилась снова и с удивлением мне сказала, что все хорошо, но вот сердцебиения почему-то продолжаются. Новый

сеанс гипноза, и ощущение сердцебиения исчезло».

Этот пример свидетельствует о том, что в отдельных случаях психотерапевтическая помощь может быть успешно оказана врачом-интернистом.

ПРИЛОЖЕНИЕ

КРАТКАЯ СХЕМА ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ И ПРИЕМОВ ИХ ПРОВЕДЕНИЯ

С целью облегчить врачам различных специальностей общую ориентировку в приемах и методах оказания психотерапевтической помощи здесь дается краткая схема их подразделения и проведения.

I. Общее подразделение методов психотерапии

1. Соответственно средствам воздействия на психику больного, психотерапия может быть:

- речевой, осуществляемой в основном путем прямого воздействия врачебного слова (в форме успокоения, разъяснения, убеждения и внушения):
- средовой, осуществляемой в основное путем прямого устранения неблагоприятных средовых факторов, ослабляющих больного или же травмирующих его. В частности, это может быть перемена условий труда и быта или же изменение отношения к ним самого больного.

И в том, и в другом случае задача состоит в восстановлении нарушенных заболеванием основных процессов высшей нервной деятельности больного. В обоих случаях психотерапевтическое воздействие может совмещаться с медикаментозной терапией и по мере необходимости и возможности дополняться тонизирующими и отвлекающими средствами в виде физиотерапии, трудотерапии, библиотерапии, курортотерапии и пр.

2. По своей терапевтической направленности психотерапия подразделяется на:

- седативную в виде общего успокоения больного и успокоения наиболее беспокоящих его жалоб и симптомов;
- тонизирующую, направленную на повышение тонуса его корковой деятельности, что должно содействовать мобилизации восстановительных сил организма, а также вести к улучшению сна, повышению аппетита, улучшению настроения и самочувствия;
- активирующую, направленную на восстановление его жизненных интересов и на его жизнеутверждение как полноценной личности, могущей по выздоровлении занять принадлежащее ей по праву место в обществе (быту, трудовом коллективе).

3. По своей прямой задаче речевая психотерапия может быть узкой, чисто симптоматической, или же широкой, этиологической и патогенетической.

4. При различных по своей природе заболеваниях она по ее этиологической и патогенетической значимости занимает неодинаковое положение, а именно:

а) при психогенных неврозах основным методом лечения является речевая психотерапия и бром-кофеиновая терапия, в то время как такие средства, как физиотерапия, трудотерапия, курортотерапия и пр., играют лишь вспомогательную роль;

б) при соматогенных невротических синдромах, наоборот, основным является лечение самого соматического заболевания (хирургия, фармакотерапия, физиотерапия), тогда как речевая психотерапия получает вспомогательное значение.

5. По своему характеру речевая психотерапия нами подразделяется на: малую, предназначенную для лечения невротических заболеваний с элементарными механизмами развития, и большую, требующую для лечения неврозов со сложными этиологией и патогенезом и сложной синдроматикой глубокого изучения анамнеза и применения элементов перевоспитания больного (перемена его отношения к средовым воздействиям и пр.).

Обе эти методические разновидности речевой психотерапии имеют свои особенности. А именно, они могут быть:

Малая психотерапия

а) Этиологической и патогенетической при неврозах несложной и ясной этиологии;

б) симптоматической при невротических наслоениях, сопутствующих соматическому заболеванию.

Большая психотерапия

Исключительно этиологической и патогенетической, с глубоким анамнезом и выяснением предрасполагающих и вызывающих причин развития невроза (как при простой, так и при сложной синдроматике последнего).

Где и кем применяются

Врачами всех специальностей в лечебных учреждениях всех типов.

Специалистами-психотерапевтами в психоневрологических стационарах и диспансерах.

II. Методика проведения речевой психотерапии

Малая психотерапия *Большая психотерапия*

1. Анамнез. Расспрос о причинах переживаний, психотравмировавших больного и ясных ему самому.

I. Глубокий анализ невроза, вскрытие предрасполагавших и непосредственных причин развития невроза и его патофизиологических механизмов.

Гипноанализ как вспомогательный прием, применяемый в случае необходимости.

2. Анамнестические беседы с больным, с постепенным переходом к приемам разъяснения и убеждения, построенным на основе всего патогенетического материала. Анализ причин заболевания, ассоциативный эксперимент. Все это обычно занимает первые 1–2 сеанса при малой психотерапии и значительно больше – при большой.

3. В последующие сеансы эти приемы разъяснения и убеждения постепенно приобретают характер обстоятельно мотивируемого и логически обосновываемого авторитетного врачебного утверждения. При этом:

а) вначале все это проводится в бодрственном состоянии больного с активным его участием в беседах;

б) в последующих сеансах оно проводится уже путем внушений, делаемых в покое при закрытых глазах больного, находящегося в лежачем или сидячем положении, и лишь при пассивном его участии (прием Бехтерева – Бернгейма);

в) если же и это не приводит к желаемому психотерапевтическому эффекту, больной усыпляется речевым внушениям, после чего все внушения делаются уже во внушенном сне в форме мотивированных внушений (прием Левенфельда–Бехтерева). Если же больной оказывается негипнабильным, то последующее лечение должно проводиться согласно п. «б». При этом путем повторных попыток усыпления часто удается повысить гипнабильность;

г) в отдельных случаях внушения делаются сначала в бодрственном состоянии больного, а потом повторяются во внушенном сне и так при каждом сеансе (комбинированная психотерапия);

д) при общности этиологии, патогенеза и патологической симптоматики у нескольких одновременно лечащихся больных (что имеет место, например, при лечении алкоголизма, при подготовке хирургических больных к операции и пр.) такие приемы комбинированной психотерапии могут с успехом применяться сразу ко всей группе больных, что обычно дает хороший терапевтический эффект в силу положительного влияния одного больного на другого (групповая психотерапия);

е) в целях закрепления полученного психотерапевтического эффекта желательно каждый сеанс психотерапии (как групповой, так и индивидуальной) заканчивать длительным (от получаса до часа и более) внушенным сном-отдыхом (собственно гипнотерапия). В течение последнего сделанные ранее терапевтические внушения следует время от времени повторять.

Практика показывает, что при курсе малой речевой психотерапии это требует еще 1-2 сеанса, при курсе большой речевой психотерапии – 6-10 сеансов и более.

4. Все последующее относится уже к большой речевой психотерапии. Сеансы ее строго индивидуализируются. Врач переходит в них к прямому устранению

тех навязчивостей и других невротических нарушений, какие сохранятся после первых сеансов лечения. Для этого применяются специальные внушения, проводимые исключительно в индивидуальном порядке.

При этом нередко оказывается необходимой длительная работа с больным в целях:

а) изменения его отношения к своему заболеванию;

б) изменения отношения к сложившейся и психотравмирующей его тяжелой жизненной ситуации;

в) изменения его отношения к психотравмирующим его внешним средовым факторам и в связи с этим;

г) изменения его поведения в быту или на производстве.

В дополнение к приемам речевой психотерапии может быть с успехом применена также библиотерапия – проводимое по специальному подбору врача чтение больным художественной и популярно-научной литературы (для алкоголиков – литературы о вреде их пагубной привычки с наглядными примерами успешного излечения). Таким путем у больных еще более упрочивается положительная направленность их психической деятельности, отвлекающая их от их личных переживаний, и уверенность в успехе лечения (библиотерапия по М. П. Кутанину).

Среди средств психотерапии весьма важное значение имеет не только сама речевая психотерапия в виде прямого или косвенного воздействия врачебного слова на больного. Большое место должно отводиться и таким стимулирующим, тонизирующим и активирующим средствам, как физиотерапия, трудотерапия и курортотерапия. Не меньшее значение имеют и средства средовой психотерапии в виде прямого устранения неблагоприятных, психотравмирующих больного средовых факторов.

С этой целью врачу-психотерапевту нередко приходится входить в контакт с родственниками больного или с близко соприкасающимися с ним лицами в целях изменения также и их отношения к больному, если это является необходимым для нормализации условий его жизни и работы. В частности, это оказывается особенно важным при лечении алкоголиков.

III. Приемы психотерапии внушением (суггестивной психотерапии)

Применяемое врачом речевое внушение может быть прямым или косвенным.

1. Прямое речевое внушение может быть:

а) однократным и внезапным, императивным по своему характеру;

б) многократно, последовательно н логически обоснованым (мотивированное внушение).

Оно может осуществляться:

а) в бодрственном состоянии больного;

б) в дремотном состоянии;

в) в состояния внушенного сна (всех стадий), в частности в состоянии гип-

нонаркоза или же наркогипноза (в том числе и по методике М. Э. Телешевской);

г) в условиях естественного сна больного, с переводом его внушениями во внушенный сон.

Таким же путем могут осуществляться:

а) внушение во внушенном сне лечебных сновидений.

б) лечебное самовнушение, делаемое больным под руководством врача.

2. Косвенное (опосредованное, чреспредметное) внушение может проводиться с целью:

а) непосредственной реализации внушаемого (например, одновременно с приемом лекарства);

б) отсроченной реализации, назначенной на определенный срок (например, на время окончания лечения);

в) реализации, поставленной в зависимости от тех или иных условий.

Оно может осуществляться врачом во время бодрствования больного или же в условиях внушенного сна.

Косвенное внушение может быть явным или скрытым (скрытое внушение). Оно может быть сознательным (преднамеренным) и невольным. Известны случаи невольного внушения, столь часто встречающиеся в жизни и нередко приводящие к психотравматизации. Это важно и для медицины, и педагогики (случаи ятрогении, дидактогении и дидаскогении).

В бодрственном состоянии больного скрытое внушение успешно используется, например, в целях обезболивания, а также в терапевтических целях (скрытое внушение по Я. Л. Шрайберу).

Рабочая схема стадий внушенного сна.

Для определения стадий внушенного сна мы пользуемся рабочей схемой, предложенной Е. С. Катковым (1941).

Автор выделяет три основные стадии внушенного сна, что отвечает прежним схемам В. М. Бехтерева. Каждую из них он подразделяет, исходя из свойственных им физиологических показателей, на три степени. Таким образом, выделяется 9 степеней состояния внушенного сна. Каждая из них имеет свои отличительные признаки по степени функционального расчленения коры мозга на сонные и бодрые пункты.

Все это относится как к характеру деятельности отдельных анализаторов, так и к условиям взаимодействия между собой обеих сигнальных систем и подкорковой области. Эта рабочая схема имеет определенный интерес и практическую значимость. В частности, она дает возможность определить степень углубления внушенного сна в последующих сеансах, выяснить зависимость эффективности психотерапии от стадии внушенного сна и, наконец, пользоваться во всех случаях единой схемой определения стадии внушенного сна.

<u>I стадия</u>

Первая стадия внушенного сна характеризуется прогрессивно нарастающим снижением тонуса коры мозга. Изменившиеся соотношения процессов возбуждения и торможения создают условия для иррадиации торможения, которое начинает захватывать кинестезический анализатор и вторую сигнальную систему.

<u>II стадия</u>

Тонус коры падает. На фоне изменившихся соотношений процессов возбуждения и торможения возникает зона раппорта. Разлившееся торможение выключает кинестезическую систему (каталепсия). Кроме того, наблюдается иррадиация торможения на другие анализаторы и в первую очередь на кожный (самопроизвольная анальгезия). Возникает уравнительная фаза.

<u>III стадия</u>

Зона раппорта формируется полностью. Торможение второй сигнальной системы, кроме пункта раппорта. Развитие парадоксальной фазы. Все большая «разорванность нормальной, более или менее объединенной работы всей коры» (И. П. Павлов) с амнезией после пробуждения.

***Первая степень I стадии* (I$_1$)**

Первая степень I стадии характеризуется начинающимся ослаблением тонуса коры мозга и субъективным ощущением приятного покоя (его можно трактовать как исходное предгипноидное состояние).

Показатели первой степени I стадии

1. Усыпляемый испытывает только покой.

2. Тяжести в теле не чувствует (некоторые отмечают весьма приятное состояние легкости).

3. Окружающее слышит и контролирует свои мысли.

4. Полное сохранение всех видов чувствительности.

5. Внушение двигательных реакций (движения руки) легко реализуется.

6. Усыпляемый легко выходит из этого состояния.

Данная степень может квалифицироваться как покой с закрытыми глазами (больной их закрывает по требованию врача). В этом состоянии ведется психотерапия по методу Бехтерева – Бернгейма (бодрствование в покое с закрытыми глазами).

***Вторая степень I стадии* (I$_2$)**

Более ярко выступает картина нарастающего снижения тонуса коры и торможения кинестезической системы. При усыплении, обычно постепенно закрываются глаза. Усыпляемый отмечает, что он чувствовал не только покой, но и нарастающую тяжесть, усталость в теле (часто указывает на отдельные конечности).

Показатели второй степени I стадии

1. Глаза сами закрылись, но при проверке легко открываются.

2. У некоторых людей наблюдаются глотательные движения.

3. При прикосновении к руке усыпляемого в ней тотчас же возникает активное нормальное напряжение (достаточно слегка поднять руку и она активно напрягается и активно возвращается в прежнюю или другую позу). Этот симптом чрезвычайно важен для объективного определения наличия или отсутствия расслабленности мускулатуры, специфичной для развивающейся сонливости, и служит показателем наличия или отсутствия начального гипнотического состояния.

4. Внушения двигательных реакций довольно легко реализуются, хотя и отмечается некоторое увеличение латентного периода.

5. Окружающее слышит и активно воспринимает.

6. Все виды чувствительности сохранены.

7. Усыпляемый легко выходит из данного состояния (как бы «стряхивая» его с себя).

***Третья степень I стадии* (I$_3$)**

Тонус коры резко снижается. Изменившиеся соотношения процессов возбуждения и тор;можения создают условия для дальнейшей иррадиации торможения и более глубокого угнетения кинестезического анализатора и второй сигнальной системы.

Показатели третьей степени I стадии

1. Усыпляемый отмечает нарастающую дремоту и сонливость, вялость течения мыслей («не хочется думать»).

2. Большая тяжесть в теле. Мышцы расслабляются.

3. Осторожно поднятая рука бессильно падает.

4. Усыпляемый не может открыть век и двигать руками (если движения удаются, то как бы с трудом).

5. Реализация моторных внушений резко затрудняется, последние часто не реализуются.

6. На вопрос о самочувствии усыпляемый отвечает медленно (большой латентный период) или молчит (торможение речи).

7. Окружающее слышит. Важно помнить, что у выведенного из этого состояния усыпляемого сохраняется уверенность, что он и сам мог бы выйти из этого состояния (открыть веки, двинуть рукой), но, как правило, этого не происходит («не хочется»).

Первая степень II стадии (II$_1$)

Вторую стадию, как мы видели, характеризуют четко выступающие явления иррадиации торможения, наличие явлений каталепсии и анальгезии, а также появление «переходных состояний».

Первая степень II стадии отличается падением тонуса коры. Торможение кинестезического анализатора и второй сигнальной системы проявляется более ярко. Для II стадии характерны нарастающие явления каталепсии.

Показатели первой степени II стадии

1. Усыпляемый отмечает выраженную сонливость («непреодолимо клонит в сон») и затруднение движений.

2. Дыхательные движения выравниваются (дыхание делается ровным и спокойным).

3. Появление легкой каталепсии (поднятая рука остается недолго в воздухе и в силу своей тяжести медленно опускается; при попытке ускорить опускание в руке субъекта чувствуется легкое противодействие).

4. Вызвать внушенные стереотипные движения (например, покачивание руки, стоящей на локте) не удается. Если реализация наступает, то с большим латентным периодом, после повторных настойчивых внушений.

5. Внушения двигательных реакций не реализуются.

6. Окружающее слышит, но интерес к нему падает.

Вторая степень II стадии (II$_2$)

Вторая степень II стадии представляет еще большее углубление предыдущего состояния. Полное торможение кинестезичеокой системы (восковидная каталепсия). Торможение других анализаторов, в частности кожного (самопроизвольная анальгезия). Более выраженное торможение второй сигнальной системы.

Показатели второй степени II стадии

1. Усыпляемый заявляет, что он спал (резкая сонливость), отмечает «скованность» двигательной сферы.

2. Восковидная каталепсия (flexibilitas cerea).

3. Ослабление кожной чувствительности (самопроизвольная анальгезия). Последнюю можно значительно усилить внушением.

4. Внушения двигательных реакций реализуются, латентный период укорачивается.

5. Появление медленно реализуемых стереотипных движений (начавшееся автоматическое движение скоро слабеет и прекращается).

6. Внушенные иллюзии не реализуются.

Третья степень II стадии (II$_3$)

Функциональные свойства нервной клетки меняются, появляются фазовые явления. Уравнительная фаза (слово и реальный раздражитель при закрытых глазах как бы уравновешиваются, при открывании глаз берет верх реальность). Углубляется торможение второй сигнальной системы. При закрытых глазах начинается реализация внушенных иллюзий.

Показатели третьей степени II стадии

1. Усыпляемый отмечает полное исчезновение собственных мыслей и начинает слышать только гипнотизера.

2. Часто наблюдается тетаническая каталепсия (рука пружинит).

3. Внушение как активных двигательных реакций (движения медленные, от-

дельными толчками), так и пассивных (невозможность разжать кулак, двинуть рукой) реализуется хорошо.

4. Стереотипные (автоматические) движения хорошо выражены и проявляются длительно.

5. При закрытых глазах начинается реализация внушенных иллюзий.

6. Внушенная анестезия слизистой носа реализуется (нашатырный спирт).

Первая степень III стадии (III_1)

Иллюзии с закрытыми глазами реализуются полностью и легко вызываются во всех анализаторах, кроме зрительного и отчасти слухового. Исчезает самопроизвольная каталепсия (четко проявляется симптом Платонова – поднятая рука быстро падает).

Показатели первой степени III стадии

1. Исчезает самопроизвольная каталепсия.

2. Иллюзия с закрытыми глазами вызывается полностью (кроме зрения и слуха).

3. Внушением вызываются галлюцинации при раздражении кожи, носа и языка (при закрытых глазах).

4. Внушением вызываются ощущения голода, жажды.

5. Амнезии нет.

6. Внушения двигательных реакций всех видов хорошо реализуются (короткий латентный период).

Вторая степень III стадии (III_2)

Вторая степень III стадии характеризуется почти полным торможением (вне зоны раппорта) деятельности второй сигнальной системы. С закрытыми глазами вызываются все положительные галлюцинации.

Показатели второй степени III стадии

1. Внушенные положительные галлюцинации зрительного типа ярко реализуются («ловит бабочек с закрытыми глазами»).

2. У некоторых усыпляемых открытие глаз разрушает галлюцинации и часто вызывает пробуждение.

3. Частичная амнезия (субъект с трудом вспоминает проведенный сеанс).

4. Внушения двигательных реакций всех типов (пассивных и активных), легко реализуются.

Третья степень III стадии (III_3)

Третья степень III стадии характеризуется вполне устойчивым раппортом с усыпившим лицом, как и с лицами, введенными в раппорт. Но вне зоны раппорта наблюдается полное торможение второй сигнальной системы: «разорванность нормальной, более или менее объединенной работой всей коры» (И. П. Павлов) с амнезией после пробуждения. Слово сильнее реального раздражителя.

Показатели третьей степени III стадии

1. При открытых глазах легко вызываются внушением положительные и отрицательные галлюцинации всех типов.

2. Внушенные положительные и отрицательные галлюцинации реализуются постгипнотически.

3. Реализация «нелепых» постгипнотических внушений.

4. Полная амнезия после пробуждения.

5. Легко реализуется внушенная «трансформация» возраста (перевод в детское состояние).

6. При открытии век глаза мутны, влажны.

7. Возможность вызывания «молниеносного» гипноза.

ИСТОРИЯ РОДОВ.

(Наш первый опыт родообезболивания внушением)

Наш случай родов в состоянии постгипнотического внушения касается З., студентки 4-го курса медицинского института, сознательно относящейся ко всем своим ощущениям, умеющей подметить и передать все их детали. История проведенных родов написана самой роженицей.

«Когда выяснилось, что я должна ждать ребенка, мне сейчас пришло в голову, что очень интересно было бы попробовать провести роды под гипнозом. Муж живо поддержал меня в этом намерении, и мы оба, шутя, говорили, что если я даже и рискую чем-либо, то все же следует для науки поставить этот опыт; и мое положение медички, работающей в этом направлении, меня обязывает. Я решила поговорить с проф. П. и предложить на его усмотрение мое намерение.

Беременность моя началась в феврале и протекала легко. Первые месяца полтора ощущались слабость, тошнота, и я занималась с трудом, но потом все как рукой сняло и я чувствовала себя совсем здоровой. Мысли о родах приходили часто: «как-то все будет?»

Мой возраст (32 года), первый ребенок, – все говорит за то, что будет нелегко, а тут еще перед глазами недавние примеры двух приятельниц, которым их дети достались с большим трудом. Когда я начинала все эти разговоры, муж неизменно, полушутя, говорил: «Да, ведь ты же будешь под гипнозом». И мысль на этом как-то невольно прерывалась, успокаивалась, дальше не думалось. Наблюдение за течением беременности я поручила д-ру Ш., к которому являлась через указываемые им промежутки. Он находил, что все идет совершенно нормально. На лето мы выезжали из Харькова (полтора месяца провели под Харьковом и месяц в Ялте), вернулись 5 сентября; роды нужно было ждать в конце октября или в начале ноября.

По возвращении я решила приступить к выполнению своего плана относительно опыта. Сначала я переговорила о своем намерении с доктором Ш. Он живо заинтересовался и сказаал, что готов с большим удовольствием предоставить возможность провести этот опыт в его больнице. За время беременности я говорила

со многими знакомыми о своем желании подвергнуться гипнозу и почти никогда не встречала сочувствия. Все находили это чрезвычайно неблагоразумным: «такая темная область»... «неизвестно, как отразится на ребенке», «а вдруг процесс родов затянется», «схватки будут ослаблены» и т.д. Прежде чем идти к профессору П., я решила поговорить с некоторыми врачами, сведущими в соответствующих областях. Меня интересовало мнение специалистов относительно возможного влияния гипноза на плод, на процесс родов и пр. Психиатр д-р У. уклонился от ответа, говоря, что он мало знаком с гипнозом, он той немецкой школы, где скептически относятся к этому вопросу, так что он не может высказываться ни за, ни против опыта. Гинеколог М. также не взялся сказать из-за недостаточного знакомства с вопросом, как гипноз может повлиять на ход родов и отразиться на ребенке. Все же, несмотря на почти единодушное осуждение и в лучшем случае скептическое отношение к моему намерению, я решила поговорить с профессором П. Первым вопросом профессора, когда я сказала ему о моем желании провести роды под гипнозом, было: «а зачем это вам? Вы очень боитесь родов?» Я сообщила, что мной руководит только желание произвести научный эксперимент. На мой вопрос о риске в отношении ребенка он сказал, что неблагоприятного влияния быть не может. Профессор охотно согласился произвести опыт, но только в том случае, если поддамся гипнозу, что он должен определить на первом сеансе, время которого он мне сейчас же и назначил. Раньше гипнозу я никогда не подвергалась.

Я с большим интересом и охотой и с полной внутренним спокойствием ждала этого сеанса, он заключался в следующем. Профессор предложил мне лечь на кушетку, завел метроном и заставил фиксировать взгляд на блестящий шарик своего докторского молоточка. Приближая его к глазам, говорил: «Вам хочется спать, веки ваши тяжелеют, дремота овладевает вами, вы засыпаете, вы спите». Я действительно невольно закрыла глаза с чувством, что не могу их больше открыть, дыхание непроизвольно стало глубоким. В то же время я слышу стук метронома, шаги профессора и его слова: «Вы можете глубоко заснуть, спите, руки и ноги ваши тяжелеют, вам сейчас очень хорошо, легко», – и у меня на самом деле необыкновенно приятное самочувствие: спокойно, чувство отдыха. Профессор продолжает: «ничто вас не волнует, предстоящие роды вам не страшны, они пройдут у вас нормально, очень легко и безболезненно, вы относитесь к ним совершенно спокойно. Наоборот, вас радует это событие. Засыпайте глубже! И с каждым разом вы будете все глубже и глубже и больше поддаваться моему в желаемом вам направлении внушению». У меня ощущение, что мне хочется совсем заснуть, но мешает стук метронома, шаги профессора и иногда движение плода. «Вы не ощущаете кушетки, на которой вы лежите, вам легко, приятно и хорошо». Я мысленно повторяю: «мне легко, приятно и хорошо», и действительно: я ощущаю чувство необыкновенной легкости. Сеанс продолжался минут 20. «Теперь, когда я буду считать до трех, вы должны просыпаться, скажу «три» – вы проснетесь и будете чувствовать себя хорошо, отдохнувшей и бодрой. Раз, два,три»... Я открываю глаза и, как ни в чем ни бывало, поднимаюсь с кушетки.

Профессор считает, что я поддаюсь гипнозу, и решает продолжить опыт, считая нужным потренировать меня до родов, проведя несколько таких сеансов. Я

внимательно следила за собой: не будет ли каких-либо последствий после сеанса, не отразится ли он как-нибудь на мне или не повлияет ли на плод. Но абсолютно ничего не могла заметить, кроме того, что, выйдя от профессора и дожидаясь трамвая, и затем дорогой я несколько раз позевывала. Ни тяжести в голове, ни слабости не было. В движении плода не заметила никакой разницы. Настроение было совершенно ровное, и ночь потом провела великолепно.

Второй сеанс и затем последующие (всего было 8 через два-три дня) в общих чертах повторяли первый. Профессор погружал меня в дремотное состояние сначала при помощи фиксирования взгляда на молоточек, но через два сеанса – без этого, а просто словами тоном приказывания: «Спите, вам хочется спать, засыпайте», и самым спокойным тоном, расхаживая по комнате, говорил: «Роды у вас пройдут безболезненно. Этот физиологический акт по существу не должен быть болезнен, просто женщинам внушен издавна страх к нему. Вы не будете бояться, схватки у вас будут интенсивны, правильны, но боли вы ощущать не будете. Ничто вас не волнует, вам легко, приятно и хорошо». Погрузиться в глубокий сон так, чтобы потерять сознание, мне ни разу не удалось: на последних сеансах дремотное состояние было значительно глубже, чем на первых, но все же обрывки мыслей меня не покидали. При словах «засыпайте глубже» и при легких поглаживаниях по лбу и по волосам дыхание становилось очень глубоким и минутами сон как будто сковывал, но затем слова профессора или какие-нибудь звуки (шаги) будили внимание.

Часто мысль вращалась вокруг того, что со мной происходит, я анализировала явления. Например, я думаю: «Как любопытно, вот я не сплю, между тем дышу, как глубоко спящий человек, такого ощущения в обычное время нельзя испытать» или, «как это поразительно: при всем желании я не могу поднять век или, слушая слова профессора «вам сейчас очень хорошо», я как бы заглядываю внутрь себя и констатирую, что действительно мне очень хорошо». Однажды на третий или четвертый раз я, дожидаясь очереди в приемной и услышав из соседней комнаты стук метронома, с удивлением заметила, что меня клонит ко сну, голова опустилась на руки и я задремала так, как это бывало на сеансах. Когда пришла пациентка и сказала мне, что можно идти к профессору, я с большим трудом поднялась и, держась за стены, ощупью сделала несколько шагов до кабинета профессора и со словами «я совсем сплю» опустилась на кушетку и по предложению профессора погрузилась в свое обычное состояние. Метроном в последние сеансы не заводился. Раза два профессор пробовал внушить мне потерю кожной чувствительности, испытывая ощущение колесиком с зубчикоми и булавкой. По его приказанию я не ощущала колющих зубчиков. Также меня поразило, когда он как-то сказал, что теперь я не смогу поднять руки, так она отяжелела, и когда я делала большие усилия, действительно не смогла поднять руки. Позывы на зевоту были еще только после второго сеанса, потом этого не наблюдалось. Попрежнему никаких болезненных проявлений после сеансов я не наблюдала. Да и трудно было их ожидать: так просто и естественно все было, ничего насильственного, форсирующего.

Настроение у меня в последнее время было великолепное (я как-то сказала профессору, нужно ли приписать это его внушению, но только у меня удивитель-

но спокойное, приятное настроение). Покой и радость как бы переполняли меня, ни одной неприятной мысли. Некоторые знакомые подмечали у меня «блаженное» выражение лица. О родах как о чем-то страшном мне и в голову не приходило думать. Эта часть была как будто задернута завесой, которая не позволяла за нее проникнуть. Мне просто было хорошо, а роды...и здесь стоп, дальше не думалось. Не могу сказать, чтобы у меня была уверенность, что они будут безболезненными, просто, точно атрофировалась моя способность думать о родах и что-либо переживать относительно их.

Отметила такую подробность: когда я раньше ходила к д-ру Ш. на консультацию или когда вообще проходила мимо его больницы, где я решила рожать, всегда как-то жутко становилось: «Вот здесь...что-то будет»... А теперь я пришла к нему (за три недели до родов) и ничего не подумала и было даже радостно. И я с удивлением это констатировала – вот мне совсем не страшно. Не приходило мне также в голову, что я уже под влиянием внушения, мое состояние казалось мне более чем естественным. К сеансам я относилась, как к любопытному опыту-каков будет результат при родах?

До самого последнего дня я исполняла все нужное по дому и старалась побольше успеть в институте – бывала на практических работах и некоторых лекциях.

В понедельник 29 октября вечером часов в 9, сидя с мужем за чаем, я почувствовала как будто схватку. Внутри как будто что-то сжалось. Я сказала ему об этом и мы посмеялись: вот было бы хорошо, если бы такие схватки были все время – без боли. Но я серьезно не отнеслась к этим ощущениям. Не могла себе представвить, что схватки могут быть совсем без болезненных ощущуений. Мне говорили, что дело начинается с ломоты в пояснице или боли в животе. Подобные «схватки» я ощущала еще раза два до сна, потом спала всю ночь, как всегда, совершенно спокойно. Утром подобные ощущения повторились, но я продолжала не придавать им никакого значения, поскольку элемент боли совершенно отсутствовал – было ощущение просто спазма в животе; я могла его приписать явлениям со стороны кишечника. Мы с мужем продолжали шутить: а вдруг это схватки, и я не успею дойти до больницы, так все здесь и кончится, – может быть это гипноз так действует? Но мы были очень далеки от мысли, что это «может быть» и на самом деле так.

Я поехала к профессору П. По дороге я заметила, что все же что-то не ладно – пожалуй, ощущение тяжести, некотрая слабость и опять изредка что-то сжимается внутри, так что я инстинктивно останавливалась.

Сеанс прошел обычно. Я в состоянии полного покоя и благополучия выслушивала знакомое «вам легко, приятно и хорошо, схватки вам будут даже приятны...роды пройдут безболезненно» и т.д.

После сеанса на приглашение профессора прийти через два дня, я ему сказала, что боюсь, как бы сегодня уже не было в последний раз, я ощущаю что-то неладное. Мы с ним сговорились, что, когда я пойду в больницу, дадим ему знать.

Схватки продолжались попрежнему, без всяких болезненных ощущений; я называла их схватками в шутку, так странно было бы принять их за действительные схватки.

У меня в этот день как раз скопились хозяйственные дела – пильщики распиливали и приносили в квартиру дрова, что продолжалось до темноты, девушка возилась с бельем, мне целый день пришлось толочься в кухне на ногах с уборкой и я ни разу не присела. Пришел муж со службы, я ему рассказываю, что мои «схватки» участились: иногда минут через 10-15, иногда через большие промежутки, но все только ощущение спазма или позыва на низ, и еще уплотняется стенка живота. Поскольку не было нетолько больно, но хотя бы чуточку чувствительно, мы опять не придавали значения этим явлениям. Я помню, у моей приятельницы схватки, и настоящие, с сильной болью, начались за две недели до родов – доктор сказал, что это был подготовительный период. Я согласилась считать, что у меня тоже начинается подготовительный период, который, конечно, будет длиться долго. Но соседка настоятельно советовала мне пойти показаться доктору. Я решила принять ванну, и потом, может быть, отправиться. Но после ванны мне не захотелось идти, погда была ужасная: лил дождь; мы с мужем решили, что если будет что-нибудь серьезное, то ночью поедем в больницу.

Выделения продолжались, участились позывы на мочеотделение, схватки мои участились. Я легла спать в несколько приподнятом настроении: а вдруг, действительно, нужно уже поехать в больницу. Страха, волнения я не испытывала ни в самой малой степени. На душе в глубине спокойно, спокойно. Я совершенно искренно говорила:» Хотя бы подождать до утра и выспаться еще одну ночку, а то потом с ребенком начнутся бессоные ночи»... Мы с мужем по часам следили за схватками: минут через 5, через 7, иногда через 10 я говорила: «Вот опять начинается»; ощущение продолжалось одну-две минуты и потом я говорила: «Вот отпустило». И мы продолжали шутить: «Если это действие гипноза, то это замечательно! Но серьезно, я не могла думать, что гипноз уже может проявлять свое действие. Я почему-то представляла себе, что уже в больнице, когда мне будет больно, придет профессор, погрузит меня в обычное дремотное состояние и внушит, что мне не больно.

Потом я засыпала, но сначала довольно часто просыпалась, схватки все продолжались. Часам к трем они участились и сделались интенсивнее (по прежнему абсолютно без всяких болезненных ощущений), сразу увеличивалось количество слизистых выделений, появились очень частые позывы на мочеиспускание.

Утром это было 31 октября, пришла моя коллега, однокурсница С., бывшая фельдшерица и акушерка. Я рассказываю ей все, что со мной происходит; она говорит, что, повидимому, начинаются роды, и все удивляется, почему мне не больно. Я хожу, болтаю и только время от времени с веселым видом сообщаю, «вот опять начинается схватка».

В три часа мы с мужем отправились пешком к доктору. Погода была хорошая, и я с большим удовольствием прошлась до больницы. По дороге (ходьбы минут 15-20) я раза три останавливалась – преслуватые схватки. Настроение было великолепное – спокойное и веселое, – не хотелось уходить с улицы. Д-р Ш., освидетельствовав меня, сказал, что роды уже идут, произошло раскрытие матки на полтора пальца, шейка матки укоротилась, края ее истончали, т.е. я проделала уже большую работу. Поскольку я себя так хорошо и бодро чувствую, он может

мне разрешить, если я хочу, пойти домой часа на два, но через два часа необходимо быть уже в больнице. Я, конечно, обрадовалась перспективе еще пройтись, еще пробыть на свободе хотя бы два часа. Я зашла к соседке по комнате (жена профессора М.) и рассказываю ей свой необыкновенный случай. Мы с ней заговорились, и я совсем незаметно провела у нее полтора часа, сидя на диванчике. Беседуя, я время от времени, улыбаясь, сообщала ей: «Вот опять схватки». Я заметила, что схватки интенсивнее и дольше, но попрежнему не сопровождались никакими, хотя бы незначительными болевыми ощущениями. Она поразилась и рассказывала, как ей было больно, когда появилась на свет ее девочка. Теперь и я была склонна думать, что, очевидно, внушение профессора уже играет здесь роль, и мне стало столь приятно, столь интересно и весело за собой наблюдать. Муж застал меня еще в гостях. Мы с ним пообедали и отправились уже с вещами на извозчике в больницу. Ехала я в самом приятном настроении. День был тихий, теплый, сидеть рядом с мужем было так уютно, на душе было так хорошо, и я несколько раз повторяла: «Я удивительно хорошо себя чувствую» – такое радостное, точно праздничное, настроение было у меня (хочу здесь сказать, забежав вперед, что когда я возвращалась уже из больницы домой с ребенком, сидя так же на извозчике, я была счастлива и вспоминала, что уже переживала такое настроение – именно, когда ехала в больницу. И я несколько раз сказала по дороге мужу: «Как странно, у меня сейчас точь-в-точь такое же настроение, как тогда, когда я ехала в больницу»).

В больнице после обычных приготовлений (переодели, помыли и пр.) положили меня в кровать. Было 7 часов вечера. Схватки продолжались, сделались сильнее. Я следила по часам – они начинались через 4-5 минут. Теперь я уже верила, что роды начинаются, но боли не испытывала никакой. Пришел доктор меня посмотреть, как раз при нем у меня отошли воды.

Д-р поручил наблюдать за мной акушерке. Мы с ней беседовали о разных вещах, и я время от времени ей говорила: «Вот начинается схватка». Она сидела около меня и потом стала просить: «Вы, пожалуйста, каждый раз говорите мне, когда у вас схватки. Обыкновенно, женщины кричат или стонут, или по крайней мере по их лицу можно сказать, что схватка начинается, а у вас ничего не заметно, а мне же нужно каждый раз смотреть, следить».

Я лежу, настроение у меня великолепное, у меня начинаются схватки и сейчас же невольно приходят на ум слова профессора: «Вам легко, приятно и хорошо». Часов в 8 в комнату вдруг вошел профессор. Я ему страшно обрадовалась: «Все хорошо, так и должно быть, боли вы ощущать не будете, роды будут легкие, лежите спокойно. Вам сейчас очень хорошо». Он поднялся наверх к доктору. Я продолжала лежать, укрытая одеялом, мне было тепло,спокойно, разговаривать больше не хотелось – дремалось. Только попрежнему я говорила акушерке: «Вот начинается схватка», и она продолжала свои наблюдения. Потом она сказала, что, повидимому, уже происходит давление на прямую кишку: она предложила мне перейти на высокий стол для родильниц, так как там ей будет удобнее за мной наблюдать. Я легко перешла и взобралась на этот стол. Я все время за собой наблюдала: «Вот мне ничуть не страшно, как странно». Схватки делались все настойчивее, чаще и продолжительнее. Я повернулась с разрешения акушерки на левый бок, укрылась одеялом и лежу себе, прислушиваясь к своим ощущениям. «Вот начинается, но мне совсем не больно». Пришли доктор и профессор. Доктор посмотрел, нашел, что дело очень подвинулась, работа идет полным ходом.

Профессор поглаживал меня рукой по лбу и говорил «Все прекрасно, вы чувствуете себя хорошо. Вы счастливы, боли вы не ощущаете и ощущать не будете, дремотное состояние овладевает вами». Потом они опять ушли. Между схватками у меня было совсем сонное состояние, иногда с началом схватки я ловила себя на мысли, что вот сейчас я спала.

Часов в 12 я в первый раз стала ощущать некоторую болезненность за время схватки: какую-то тупую, ноющую, как бы заглушенную боль в крестце, в боках, но вполне терпимую. Все же я попросила акушерку сказать профессору, что у меня появилась некоторая чувствительность. Доктор и профессор сейчас же пришли. Доктор сказал, что сейчас, повидимому, самый болезненный момент: давление плода на plexus sacralis. Профессор опять поглаживал мой лоб и говорил: «Вот вам совсем не больно! вам хорошо, вы счастливы, что совершается великое дело, все идет прекрасно, роды проходят безболезненно, и так же безболезненно закончатся, послеродовой период тоже будет протекать хорошо» и т.д. Присутствие профессора оказывало на меня замечательное действие: мне сразу становилось как-то особенно спокойно, боли ощущать я перестала. Доктор сказал, что дело продвигается хорошо, к трем часам все кончится. Я не хотела этому верить; мне казалось, что роды у меня, как у первородящей, будут продолжаться по меньшей мере сутки.

Доктор остался со мной и не отходил до конца родов. У меня начались потуги. По совету доктора я помогала им, напрягая брюшной пресс. Ощущение от потуг было приятное, о чем я сказала д-ру. Промежутки между потугами были не так приятны: ощущалась некоторая слабость и неопределенная болезненность. Потуги были все энергичнее и с каждым разом я с особым удовольствием помогала, держась руками за край кровати. В промежутках между потугами я дремала. Потом я вижу: доктор отдает какие-то распоряжения – смазывать пальцы йодом. Было часа 2. Профессор пришел, стал около меня, и мы стали разговаривать. Он расспрашивал, как я себя чувствую, и с довольным видом говорил, что все идет великолепно, уверял, что мне очень хорошо, легко, радостно и пр. Шутил, спрашивал, сильно ли кричат обыкновенно роженицы. Я его слушала, отвечала. В его присутствии я испытывала все тот же покой и благополучие. В это время доктор что-то возился со мной, на коленях у меня лежала простыня, и я ровно ничего не видела, что со мной происходит. От разговора с профессором меня отвлекал доктор отрывистыми приказаниями: «Дышите...помогайте...спокойно...не дышите...» Я, исполнив требуемое, обращалась к профессору. У меня появилось новое ощущение: как будто чувство жжения ; мне пришло в голову, что доктор прикоснулся руками, смазанными иодом, и вот иод меня щиплет, но мне некогда было сосредоточиться на этом – я слушала профессора. Вдруг я как во сне вижу, что доктор держит ребеночка, хлопает его, тот закричал, меня поздравляют с сыном. Недоумению моему в первый момент не было границ, я ни за что не могла по-

верить, что все уже кончилось – это казалось мне совершенно невероятным. Я и не заметила, как кончились роды. И сразу я почувствовала необыкновенную радость, бодрость, легкость, я готова была соскочить с кровати. Я чувствовала себя совершенно здоровой, испытывала полное ощущение силы, как будто я и не проделала большого напряжения.

Меня поразило, что никакой слабости и утомления я не чувствую. Мы с профессором продолжали оживленно беседовать, перебирая все подробности опыта, в то время, как со мной еще возились – вышел послед, меня убирали. Доктор сказал, что на слизистой влагалища получилась ссадина и считает нужным наложить там шов. Наложение шва было совершенно безболезненно. Когда все было закончено, меня укрыли и вывели в палату. Мое ощущение полного здоровья и присутствие всех сил меня не покидало, спать мне ничуть не хотелось. Профессор и доктор пришли ко мне в палату, и там мы вместе радостно делились впечатлениями от опыта. Я находилась в самом блаженном состоянии. После их ухода я еще долго лежала, улыбалась с ощущением радости. На другой день и во все последующие дни самочувствие у меня было очень хорошее. Послеродовой период протекал благополучно. Ребенок проявлял себя очень хорошо. Весу было около 11 фунтов, грудь взял сразу и сосал очень энергично, кричал громким голосом, а вообще же был довольно спокойным – давая возможность всем окружающим отдыхать. Из больницы я вышла на 9-й день. Дома чувствовала себя хорошо настолько, что сразу же могла исполнять кое-какие работы по хозяйству и совершенно самостоятельно возиться с ребенком. Таким образом, я должна признать, что роды протекали у меня исключительно легко. Мне совершенно непонятно, как это женщины говорят о них, как о чем-то ужасном. За то время, пока я лежала в больнице, там было несколько родов, и я слушала неистовые крики родильниц с каким-то смешанным чувством неловкости, недоумения и недоверия, мне невольно казались сильно преувеличенными эти крики.

Как опыт применения гипноза, мой случай представляется мне интересным тем, что я все время была «в здравом уме и твердой памяти».

Никогда раньше я не подвергалась гипнозу и не знала как выражается его влияние: я удивилась тому, как просто и естественно его действие. Я не смогла бы различить, перебирая в памяти процесс родов, где было внушение, где было самовнушение, где простое отвлечение внимания. Мне теперь смешно, когда говорят, что «страшно поддаваться гипнозу».

ЛИТЕРАТУРА

Отечественная

Авакян Р. В. и Фельбербаум Р. А. Исследование функций слухового анализатора при внушении глухоты. Журнал высшей нервной деятельности, 1957, т. VII, в. 5.

Агаджанянц К. С. Роль психотерапии в дерматологии. Русский журнал кожных и венерических болезней, 1904, т. VII.

Айхенвальд Л. И. Туберкулез и психика. Одесский медицинский журнал, 1929, в. 2-4.

Алфеевский Н. И. Нервные и психические явления у туберкулезных. Современная психиатрия, 1912, в. 3.

Альперн Д. Е. Вегетативная нервная система и тканевой обмен. Успехи современной биологии, 1935, т. 4, в. 4-5.

Альперн Д. Е. О трофической функции нервной системы. Успехи современной биологии, 1954, т. 37, в. 3.

Амфитеатров Л. Г. Гипноанестезия при искусственном аборте. Акушерство и гинекология, 1936, в. 4-6.

Амфитеатров Л. Г. Обезболивание родов гипнозом. Акушерство и гинекология, 1937, в. 12.

Андреев Б. В. Доклад на 9-м совещании по физиологическим проблемам, посвященный памяти И. П. Павлова. Изд. АН СССР, 1941.

Андреев Б. В. Лечение сном при неврозах. Медгиз, 1959.

Андриасян Г. К. Курортное лечение кожных болезней в свете учения И. П. Павлова. В сб.: Вопросы дерматологии на курорте Сочи–Мацеста, 1952, №1.

Анохин П. К. Узловые вопросы в изучении высшей нервной деятельности. В сб.: Проблемы высшей нервной деятельности. Изд. АМН СССР, 1949.

Анохин П. К. Последние данные о взаимодействии коры и подкорковых образований головного мозга. Актовая речь в I Московском медицинском институте имени Сеченова. М., 1958.

Аптер И. М. Сексуальные неврозы и их терапия. В сб.: Неврозы. Харьков, 1930.

Аптер И. М. Вопросы методики и практики психотерапии. В сб.: Психотерапия. Труды Украинского психоневрологического института, 19306, т. XIV.

Аптер И. М. О психотерапии психогенной импотенции. Вопросы психотерапии. М., 1958.

Арутюнов Н. А. К лечению бородавок гипнозом. Сборник научных работ Н-го кожно-

венерологического госпиталя. Иваново, 1946; реф.: Вестник дерматологии и венерологии, 1947.

Асратян Э. А. Принцип «переключения» в условнорефлекторной деятельности. Физиологический журнал СССР, 1941, т. 30, в. 1.

Астахов С. Н. Значение лечебноохранительного режима и психотерапии в акушерстве и гинекологии. Медгиз, Л., 1956.

Бакулев А. Н. Некоторые задачи хирургии в свете учения И. П. Павлова. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. I, в. 3.

Бахтиаров В. А. Синяк от мнимого ушиба, полученный в гипнотическом сне. Клинический журнал Саратовского университета, 1928, в. 3.

Бахтиаров В. А Волдырь от мнимого ожога, полученный гипнотическим внушением. Уральский медицинский журнал, 1929, в. 6.

Бахтиаров В. А. Гипнотическое внушение в хирургии. Уральский медицинский журнал, 1930, в. 1

Бахтиаров В. А. Случай верхней торакопластики под гипнозом. В сб.: Борьба с туберкулезом, 1933, в. 1.

Бахтиаров В. А. и Шибанов Н. М. Врач и больной. Журнал исследовательских институтов Свердловского облздравотдела, 1938, сб. 10.

Безюк Н. Г. Прямое внушение наяву как лечебный фактор при лечении бородавок. Советский врачебный журнал, 1938, №3.

Безюк Н. Г. О лечебном значении внушения в дерматологии. Дисс. Ташкент, 1939. Безюк Н. Г. К вопросу о лечении внушением pruritus cutaneus. Врачебное дело 1939, в. 6.

Безюк Н. Г. К вопросу этиопатогенеза и терапии дисменорройного дерматоза Матценауэра-Полланд, Вестник венерологии и дерматологии, 1939, в. 8.

Безюк Н. Г. Об эмоциональной и внушенной температуре. Советский врачебный журнал, 1940, в. 3-8.

Безюк Н. Г. Внушение как лечебный метод в дерматологии. В сб.: Вопросы нейротравматологии и психоневрологии. Харьков, 1941, т. II.

Безюк Н. Г. Слово как физиологический, патофизиологический и лечебный фактор в дерматологии. Тезисы доклада на расширенном пленуме ученой венерологической комиссии Министерства здравоохранения УССР совместно с Украинским отделением Всесоюзного общества дермато-венерологов. Киев, 1963.

Безюк Н. Г. Влияние словесного раздражителя на динамику изменения основной электрической активности головного мозга. Тезисы расширенного пленума ученой комиссии здравоохранения УССР и Всесоюзного общества дерматологов и венерологов, 19536.

Белахов И. Л., Манников М. Е., Неньковская С. С. Косвенная рентгенотерапия заболеваний кожи. Советский вестник венерологии и дерматологии, 1936, в. 2.

Белицкий Ю. К. К вопросу об амбулаторном лечении алкоголиков гипнозом. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1903, №11.

Белицкий Ю. К. Неврастения, ее сущность, причины и симптомы. СПБ, 1906.

Белкин А. И. О влиянии гипнотического внушения на деятельность искусственного пищевода. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1968.

Берг С. М. Гипноз в хирургии. Врачебное дело, 1926, №24-26.

Берлин-Чертов С. В. Туберкулез и психика. М., Ш48.

Бернгейм. О гипнотическом внушении и применений его к лечению болезней. Ч. I. Одесса, 1887 (перевод с франц.); ч. 2, 1888.

Бехтерев В. М. Случай навязчивых идей, лечение самовнушением. Вестник клинической и судебной психиатрии, 1890, т. VII, в. 2.

Бехтерев В. М. О лечении навязчивых идей гипнотическим внушением. Врач, 1892, т. XIII, в. 1.

Бехтерев В. М. К вопросу о врачебном значении гипноза. Неврологический вестник, 1893, т. I.

Бехтерев В. М. Значение гипноза как врачебного средства. Нервные болезни в отдельных наблюдениях, 1894, в. 1. Неврологический вестник, 1894, ч. 2, в. 3.

Бехтерев В. М. Роль внушения в общественной жизни. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1898, №1.

Бехтерев В. М. О навязчивой рвоте. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1900, №6.

Бехтерев В. М. Боязнь чужого взгляда. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1900, №7.

Бехтерев В. М. О психических расстройствах глотания. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1901, №5.

Бехтерев В. М. О болезненном страхе профессионального характера. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1902, №3.

Бехтерев В. М. и Нарбут В. М. Объективные признаки внушенных изменений чувствительности в гипнозе. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 19026, №1-2.

Бехтерев В. М. Об одной своеобразной форме фетишизма. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1903, №1.

Бехтерев В. М. О навязчивом потении рук. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1905, №7.

Бехтерев В. М. Основы учения о функциях мозга, 1906, в. VI.

Бехтерев В. М. О боязни опоздать. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1906, №37.

Бехтерев В. М. Боязнь полового бессилия и coitus как причина половой неврастении. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1907, №1.

Бехтерев В. М. О навязчивых кишечных и пузырных кризах. Обозрение психиатрии, «неврологии и экспериментальной психологии», 1907, №1.

Бехтерев В. М. О навязчивой ревности. Русский врач, 1908, №34. Бехтерев В. М. О навязчивой рвоте. Невропатологические и психиатрические наблюдения. СПБ, 1910.

Бехтерев В. М. Непереносливость или боязнь чужого взгляда. Невропатологические и психические наблюдения. СПБ, 1910.

Бехтерев В. М. О психических расстройствах глотания. 1910.

Бехтерев В. М. Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение, Вестник знания, 1911, в. 4.

Бехтерев В. М. Внушение и воспитание. В сб.: Вопросы педагогической патологии. СПБ, 1912.

Бехтерев В. М. Применение метода сочетательно-двигательного рефлекса к исследова-

нию притворства. Русский врач, 1912.
Бехтерев В. М. О лечении болезненных влечений и навязчивых состояний отвлекающей психотерапией. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1913, №6-7.
Бехтерев В. М. О навязчивых фобиях и их лечении. Русский врач, 1915, №14.
Бехтерев В. М. О развитии фобий. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1916.
Бехтерев В. М. Роль внушения в деле воспитания. СПб., 191.66.
Бехтерев В. М. О терапевтическом значении воспитания сочетательного рефлекса при истерических анестезиях и параличах. Обозрение психиатрии, 1917, №1-12.
Бехтерев В. М. Болезни личности с точки зрения рефлексологии. В сб.: Вопросы изучения и воспитания личности. 1922.
Бехтерев В. М. Половые уклонения и извращения в свете рефлексологии. В сб.: Вопросы изучения и воспитания личности. 1922.
Бехтерев В. М. и Щелованов Н. М. О влиянии гипноза и внушения на сочетательные рефлексы. В сб.: Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. 1925, в. 1.
Бехтерев В. М. и Мясищев В. Н. О сочетательно-рефлекторных изменениях мозгового пульса. Труды Института медицинских знаний. 1928, в. 4.
Бехтерев В. М. Об эмоциях как мимико-соматических реакциях. В сб.: Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. 1929, в. 2.
Бехтерев В. М. и Голант Р. Я. Неврозы и психоневрозы. В кн.: Г. Ф. Ланг. Частная патология и терапия внутренних болезней. 1929, т. IV, в. 3.
Бехтерев В. М. Психастения. Истерия. В кн.: Г. Ф. Ланг. Частная патология и терапия внутренних болезней. 1929.
Бирман Б. Н. Экспериментальный сон. Дисс. Госиздат, 1925.
Бирман Б. Н. и Блюмкина М. М. Кататонические явления в истерии и экспериментальном гипнозе. Архив биологических наук, 1934, №6.
Бирман Б. Н. Применение терапии сном в клинике неврозов. Вестник АМН СССР, 1946, №1-6.
Бирман Б. Н. Роль гипнотического и сонного торможения в патогенезе и терапии невротических синдромов. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 1.
Бирман Б. Н. Опыт клинико-физиологического определения типов высшей нервной деятельности. Журнал высшей нервной деятельности, 19516, т. 1, в. 6.
Бирман Б. Н. Развитие идей И. П. Павлова в клинической неврологии. Журнал высшей нервной деятельности, 1953, в. 1.
Блуменау Л. В. Истерия и ее патогенез. Госиздат, 1926.
Боголепов Н. К. К психотерапии табакокурения. Советская врачебная газета, 1934, №9.
Боголепов Н. К. Гипноз и вегетативная нервная система. Советский врачебный журнал, 1936, №14
Боголюбов В. Л. Личность врача в медицине. Казанский медицинский журнал, 1928, №1.
Болдырев А. И. Опыт психотерапии при психозах, обусловленных инфекцией и психотравмой. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1958.
Болотова 3. Н. К патогенезу и терапии навязчивых состояний. В сб.: Неврозы. Труды

конференции, посвященной проблеме неврозов. Л., 1955.
Бонн. Гипнотизм. Исследования физиологические и психологические. СПБ, 1889 (перевод с франц.).
Боткин С. П. О сокращении селезенки. СПБ, 1874.
Боткин С. П. Ежедневная клиническая газета, 1881.
Бритвая Я. М. Одышка как патологический сочетательный или условный рефлекс. Невропатология и психиатрия, 1938, т. VII, №9.
Бронштейн А. И. Материалы к учению о физиологической природе эмоций. Ленинградский медицинский журнал, 1928, №3.
Булавинцев А. И. Психический желудочный сок у людей. Дисс. СПБ, 1903.
Булатов П. К. О роли внушения при лечении больных бронхиальной астмой аэроионизацией отрицательного знака. В сб.: Клинико-физиологические исследования бронхиальной астмы. Л., 1953а.
Булатов П. К. и Буль П. И. О лечении бронхиальной астмы суггестивной терапией В сб.: Клинико-физиологические исследования бронхиальной астмы. Л., 1953.
Буль П. И. Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней. Медгиз, Л., 1959.
Бумке О. Современные течения в психиатрии. Госиздат, 1929.
Бусалов А. А. Охранительная терапия сном по И. П. Павлову в до- и послеоперационном периоде. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 2.
Буторин В. И. О зависимости действия некоторых лекарственных веществ от эмоционального состояния больного. Доклад на юбилейной сессии, посвященной 20-летию Института по изучению мозга имени В. М. Бехтерева. 1938.
Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. Медгиз, 1947.
Быков К. М. Новое в учении Павлова о высшей нервной деятельности. Стенограмма публичной лекции. Изд. «Правда», 1947.
Быков К. М. Развитие идей И. П. Павлова (задачи и перспективы). Изд. АН СССР. 1950.
Быков К. М. Учение И. П. Павлова и современное естествознание. Медгиз, 1952.
Быков К. М. и Курцин И. Т. Кортико-висцеральная патология. Медгиз, 1960.
Вальковский Л. О. Об истерической лихорадке. Новое в медицине, 1910, №13-14.
Василевский В. М. и Каган Э. М. Влияние гипносуггестивных воздействий на функции организма в работе и реституции. Физиологический журнал СССР, 1935, т. XIX, в. 1.
Васильева В. Воспитание сочетательного двигательного рефлекса на составной раздражитель в виде звука и соответствующего ему слова. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1913, №5-6.
Васильев Л. Л. и Подерни В. А. Выработка условного сердечного рефлекса при регистрации токов действия сердца. В сб.: Вопросы изучения и воспитания личности. 1930, в. 1-2.
Введенский Н. Е. Полное собрание сочинений. Т. V, Л., 1954.
Вельвовский И. 3., Шуг6м Е. А. и Плотичер В. А. Система психопрофилактического і психотерапевтичного обезболивания родов. Педиатрия, акушерство и гинекология, 1950, №1.
Вельвовский И. 3. Опыт построения на основе учения И. П. Павлова психопрофилактического метода обезболивания в родах. В сб.: Обезболивание в родах. М., 1952.
Вельвовский И. 3. Второй принцип терапии по Павлову. Врачебное дело, 1952, №2.

Вельвовский И. 3., Платонов К. И., Плотичер В. А. и Шугом Е. А. Психопрофилактика болей в родах. М., 1954.
Веттерштранд О. Гипнотизм и его применение в практической медицине. М., 1893 (перевод с швед.).
Вигдорович М. В. Коллективное внушение как метод массовой подготовки беременных к обезболиванию родов. Тезисы докладов на II Украинском съезде акушеров и гинекологов. Киев, 1938.
Виш И. М. Гипнотерапия расстройств сна у участников боевых операций. Невропатология и психиатрия, 1946, в. 6.
Виш И. М. Психотерапия в клинике алкоголизма. В сб.: Труды врачей Тамбовской области. 1955.
Виш И. М. Колебания давления крови и пульса в гипнотическом сне на фоне действия фенамина. Ученые записки Тамбовского педагогического института.. 1956, в. IX.
Виш И. М. Гипноз и внушение при алкоголизме. Тамбов, 1958.
Виш И. М. Психотерапия при некоторых, нервно-психических и соматических заболеваниях. Автореферат дисс. докт. 1959.
Виш И. М. Психотерапия при органических заболеваниях нервной системы. Вопросы клиники нервно-психических заболеваний и организационно-неврологической помощи. Тамбов, 1959, т. 19.
Виш И. М. Влияние словесного внушения на сосудистые реакции. Вопросы клиники нервно-психических заболеваний и организационной психоневрологической помощи. 1959.
Виш И. М. Психотерапия в клинике пресенильного психоза. Вопросы клиники нервно-психических заболеваний и организационной психоневрологической помощи. 1959.
Виш И. М. Психотерапия в клинике циркулярного психоза и циклотимии. В сб.: Научнопракгические работы врачей Тамбовской области. Тамбовское книжное издательство, 1959.
Власова Н. А. Психотерапевтические моменты в логопедической работе с детьми, страдающими заиканием. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1958.
Внуков В. Психоанализ. БМЭ, т. 47, 1933.
Вознесенский С. Д. О работе психоневролога в туберкулезных учреждениях. В сб.: Борьба с туберкулезом. 1935, в. 3.
Вольперт И. Е. Исследование сновидений в гипнозе. Автореферат дисс. Л., 1952.
Вяземский Н. В. Алкоголизм и лечение его гипнотическим внушением. Невропатология и психиатрия, 1909, в. 1-2.
Гаккебуш В. М. Новые пути в изучении эмоций. Современная психоневрология. 1926, №4. ,
Гаккебуш В. М. Самовнушение в терапии неврозов. Харьков, 1938.
Гаккель Л. Б. О психотерапии при сердечно-сосудистых нарушениях. Медгиз, 1948.
Гаккель Л. Б. Патофизиологический механизм и клиника синдрома навязчивости. Медгиз, 1956.
Гаккель Л. Б. Неврозы человека. Многотомное руководство по неврологии. Медгиз. 1960, т. VI.
Галачьян А. Г. О некоторых основах целостного понимания больного. Медгиз, 1951
Гамбурс А. Л. О роли словесного внушения в эффективности действия лекарственных веществ. Журнал высшей нервной деятельности, 1956, в. 1.
Ганнушкия П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика Изд. «Север». М., 1933.
Гастев Д. М. Изменение жизненного стереотипа как этиологический фактор невротических состояний. Советский врачебный журнал, 1938, №9.
Гелина Л. И. Психотерапия и гипноз в практике детского отделения психоневрологической больницы. В сб.: Учение И. П. Павлова в лечебной практике Психоневрологической больницы имени Кащенко. Медгиз, 1954.
Гервер А. В. Гипноз и внушение при меланхолических состояниях. Юбилейный сборник Ленинградской Максимилиановской больницы. Л., 1925.
Геренштейн Г. В. Время как условный раздражитель и его роль в генезе неврозов. Современная психоневрология, 1928, №12.
Гершкович П. Н. Лечебная гимнастика в гипнотических фазах при органических параличах, порезах и болевых контрактурах. Врачебное дело, 1955, №1.
Гершкович П. Н. и Ильина Н. М. Эффективность лечения функционального недержания мочи у женщин гимнастикой в гипноидных фазах. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, 1957, №1.
Гизэ Э. А. и Лазурский А. Ф. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. СПБ, 1900.
Гиляровский В. А. Старые и новые проблемы психиатрии. Медгиз, 1946.
Гиляровский В. А. О взаимоотношениях соматического и психического в медицине. Врачебное дело, 1947, №8.
Гиляровский В. А. Взаимоотношение психического и соматического в клинике соматогений. В сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. Медгиз, 1949.
Гиляровский В. А. Психиатрия. Медгиз, 1954.
Горизонтов П. Д. Вопросы патологической физиологии в трудах И. П. Павлова. Медгиз, 1952.
ГордоваТ. Н. и Ковалев Н. К. О некоторых особенностях лечения гипнозом больных хроническим алкоголизмом. Вопросы психотерапии. М., 1958.
Гордон О. Л. Роль нарушенной регуляции в клинике заболеваний желудка. Дисс. Медгиз, 1946.
Гоциридзе А. Ф. Шестилетний истерический мутизм с контрактурами, излеченный психотерапией. Современная медицина. Тбилиси, 1925.
Гоциридзе А. Ф. Психогения в гинекологии. Госиздат, 1929.
Гоциридзе А. Ф. К вопросу о психогенных формах эпилепсии и их лечении психотерапией. Невропатология и психиатрия, 1929, №3-4. Гоциридзе А. Ф. Катарзис в психотерапии. Клиническая медицина, 1929, №1.
Гоциридзе А. Ф. О ятрогенных и псевдоорганических заболеваниях. Врачебное дело, 1929, №3-4.
Гоциридзе А. Ф. К методике гипноаналгезии при операциях. Труды Института функциональных нервных заболеваний. Тбилиси, 1936, т. 1 (на русском языке).
Гоциридзе А. Ф. Двадцатипятилетние фобии, излеченные психотерапией. Современная медицина. Тбилиси, 1936.
Грумак Л. П. Репродукция эмоциональных состояний парашютиста в гипнозе. Вопросы

психологии, 1959, в. 3.
Губергриц Д. С. К патогенезу и терапии рвот беременных. Акушерство и гинекология, 1927, №10.
Гуревич Г М. и Мастбаум И. С. Психотерапевтический метод предоперационной подготовки. Хирургия, 1952, в. 10.
Давиденков С. Н. Очередные пути и задачи в учении о неврозах человека с точки зрения физиологии высшей нервной деятельности. Советский врачебный сборник, 1916, №1.
Давиденков С. Н. О механизме истерических расстройств с точки зрения психосоматических взаимоотношений. В сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. Под ред. К. М Быкова, изд. АМН СССР, 1949.
Давиденков С. Н. Клинические лекции по нервным болезням. Медгиз, 1952.
Давиденков С. Н. Учение И. П. Павлова о неврозах человека и их лечении. Л., 1952.
Давиденков С. Н. К проблеме неврозов. Медицинский работник, 1954, №14.
Данилевский В. Я. Гипнотизм. Харьков, 1925.
Дарвин Ч. О выражении ощущений у человека и животных. Полное собрание сочинений, т. III, 1908.
Дежерин И. и Гоклер Е. Функциональные проявления психоневрозов и их лечение психотерапией. М., 1912 (перевод с франц.).
Делов В. Е. Влияние коры головного мозга да проводящую систему сердца. Тезисы 5-го совещания по физиологическим проблемам. Л., 1939.
Джигурда О. и Максимова Э. Часы и минуты врача. Литературная газета, 1953, №54.
Дик В. Г. Психогенная форма дисменореи и лечение ее внушением. Гинекология и акушерство, 1925, №2.
Дик В. Г. Психологические корни вагинизма и лечение его психотерапией. Вестник современной медицины, 1925, №7.
Дик В. Г. О диагностике психогенных заболеваний в гинекологии. Журнал акушерства и женских болезней, 1925, №3.
Дик В. Г. Психогенные заболевания женской половой сферы, как противопоказание к курортному лечению. Курортное дело, 1927, №5.
Дик В. Г. Гипноз как вспомогательное средство в гинекологической терапии. Врачебное дело, 1927, №21.
Дик В. Г. Об «ятрогенных» заболеваниях в гинекологии (к вопросу о психогенных заболеваниях женской половой сферы). Вестник современной медицины, 1927, №5.
Дик В. Г. О роли психики в генезе гинекологических заболеваний. Журнал акушерства и женских болезней, 1928, №2.
Дик В. Г. О напрасных гинекологических операциях. Казанский медицинский журнал, 1929, №7 и 8.
Д и к В. Г. О психогенных болях в гинекологии. Журнал акушерства и женских болезней, 1929, №5.
Довбня Е. Н. Случай пятилетней астазии–абазин, излеченной психотерапией. Психотерапия, 1910, в. 1.
Долин А. О., Минкер-Богданова Е. Г. и Поворинский Ю. А. Роль коры головного мозга в регуляции процессов обмена. Архив биологических наук, 1934, XXXVI, серия Б, в.1.
Долин А. О. Условное воспроизведение и подавление карой больших полушарий болезненного состояния организма. Труды 5-го совещания по высшей нервной деятельности АН СССР и ВИЭМ. Л., 1935.
Долил А. О. Условный эпилептиформный припадок. Третье совещание по физиологическим проблемам физиологического института АН СССР (тезисы докладов). Л., 1938.
Долин А. О. Экспериментальная эпилепсия. Архив биологических наук, 1939. т. 54, в. 1.
Долин А. О. Корковое условное торможение болезнетворного влияния химических веществ на организм. Архив биологических наук, 1939, т. 54, в. 1.
Долин А. О. Роль коры головного мозга в патологических процессах организма. Труды объединенной сессии, посвященной 10-летию со дня смерти И. П. Павлова. Л., 1948.
Долин А. О. и Зборовская И. И. Дальнейшее изучение роли тормозного процесса (индукционное торможение) в подавлении болезненных состояний. Журнал высшей нервной деятельности, 1952, в. 1.
Долин А. О. и Крыло В. Н. Роль коры головного мозга в иммунных реакциях организма. Журнал высшей нервной деятельности, 19526, т. II, в. 4.
Долин А. О. и Салганик Г. М. Физиологические основы психопрофилактической подготовки беременных к родам. Акушерство и гинекология, 1956, в. 3.
Донигевич М. И. Метод психопрофилактики болей в родах. Медиздат УССР, 1955,
Дубников Е. И. К лечению гипнозом. Врачебная газета, 1926, №12.
Дубников Е. И. К вопросу об «иатрогенных» заболеваниях. Врачебное дело, 1928, №8.
Дубников Е. И. К вопросу о лечении экземы нервного происхождения гипнозом. Врачебное дело, 1932, №15-16.
Дубников Е. И. Два случая излеченной метроррагии гипнотерапией. Акушерство и гинекология, 1936, №8.
Дубников Е. И. Гипнотерапия в практике. Советский врачебный журнал, 1939, №2.
Дюбуа. Психоневрозы и их психическое лечение. СПБ, 1912 (перевод с франц.).
Дюбуа. Воображение, как причина болезни. Изд. «Наука», 1912 (перевод с франц.).
Езерский Я., Плотичер А. и Фурманов А. Вопросы клиники и генеза ночного недержания мочи у детей. Украинский медицинский архив, 1930, т. VI.
Ершов Н. Д. и Ксенократов М. Н. О роли психогений. Казанский медицинский журнал, 1935, И
Жане П. Неврозы и фиксированные идеи. СПБ, 1903.
Желтаков М. М., Исаев Л. Д. и Скрыпник Ю. К. Тезисы научно-практической конференции по вопросам психотерапии. М., 1956.
Желтаков М. М. Показания к применению гипноза и условнорефлекторной терапии в дерматологии. Вопросы психотерапии. Медгиз, 1958.
Жуар Гипнотическое лечение психических расстройств у истеричных. Обозрение неврологии и психиатрии, 1896, №10.
Жуков И. А. Лечение внушением и гипнозом некоторых кожных заболеваний в условиях курорта Сочи – Мацеста. Дисс. Медгиз, 1954.
Жуков И. А. Отдаленные результаты лечения экземы, нейродермита и чешуйчатого лишая в условиях курорта Сочи – Мацеста с применением психотерапии и без нее. Научные записки по дерматологии и венерологии врачей Кубани. Краснодар, 1955а.
Жуков И. А. Лечение чешуйчатого лишая гипнотическим сном и внушением в гипнозе. Научные записки по дерматологии и венерологии. 19556. Жуков И. А. Гипносуггестивная

терапия невродермитов в санаторно-курортной практике. Научные записки по дерматологии и венерологии. 1955в.

Жуков И. А. Лечение экземы сероводородной водой в сочетании с гипнозом в условиях курорта Сочи. Научные записки по дерматологии и венерологии. 1955. Жуков И. А. и Малышева Е. А. Гипнопсихотерапия кожных больных в комплексе с лечебными факторами Сочи–Мацеста. Тезисы докладов на конференции по вопросам заболеваний кожи на курорте Сочи–Мацеста. 1957. Жуков И. А. Гипнотерапия дерматозов в санаторно-курортных условиях. Вопросы

психотерапии. Медгиз, 1958.

Завилянский И. Я. К психотерапии шизофрении. XVIII научная сессия Украинского психоневрологического института. 1953.

Завилянский И. Я. К теории психотерапии. В сб.: Вопросы клинической невропатологии и психиатрии. Киев, 1958, в. 11.

Зайдель Ф. Л. К психотерапии малых неврозов. Невропатология и психиатрия, 1930, №6.

Зайцев А. И. Влияние внушения на появление и исчезновение сыпей и других трофических расстройств. Вестник психиатрии, 1904, в. 2.

Захарьин Г. А. Клинические лекции. М., 1909.

Здравомыслов В. И. Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии. Медгиз, 1930.

Здравомыслов В. И. Обезболивание родов внушением и гипнозом. Проблемы теоретической и практической медицины. М., 1937, т. IV.

Здравомыслов В. И. Гипноз и внушение в акушерстве и гинекологии. Дисс. М., 1938.

Здравомыслов В. И. и Калмыкова А. Е. Суггестивная терапия истерического амавроза. Сборник научных работ Ставропольского медицинского института. 1956.

Здравомыслов В. И. Обезбаливание родов внушением. Медгиз, 1956.

Здравомыслов В. И. Значение психотерапии в акушерстве и гинекологии. В сб.:

Вопросы психотерапии. 1958.

Зеленин В. Ф., Каннабих Ю. В., Степанов П. Н. и Сухаревский Л. М. Влияние психического фактора на механизм терморегуляции и некоторые формы обмена. Клиническая медицина, 1936, т. XIV.

Зеневич Г. В. Роль психотерапии при шизофренических ремиссиях. В сб.: Вопросы психотерапии. 1958.

Зиновьев П. М. Психотерапия болевых синдромов при соматических заболеваниях. Врачебное дело, 1947, №8.

Зиновьев П. М. О психотерапии шизофрении. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1958.

Злотников С. А. О влиянии функции коры головного мозга на соматическую вестибулярную реакцию. Вопросы теоретической медицины. Л., 1949.

Зманевский Ю. С. Влияние психопрофилактической подготовки на динамику нервных процессов по показаниям условных фотохимических и сосудистых рефлексов. Доклад на сессии Института акушерства и гинекологии. М., 1956.

Иванов Н. В. Методическое письмо о лечении функциональных расстройств половой сферы мужчины и женщины. М., 1956.

Иванов Н. В. Психотерапия в условиях психоневрологического диспансера. М., 1969.

Иванов-Смоленский А. Г. Опыт механизации гипнотического воздействия. Врачебное дело, 1928, №3. Иванов-Смоленский А. Г. О нарушениях нервной деятельности контузионно-коммоционного происхождения. Военно-медицинский сборник. 1945, т. II.

Иванов-Смоленский А. Г. О взаимодействии первой и второй сигнальных систем при некоторых физиологических и патологических условиях. Физиологический журнал СССР, 1949, в. 5.

Иванов-Смоленский А. Г. Пути развития идей И. П. Павлова в области патофизиологии высшей нервной деятельности. Изд. Академии наук СССР, 1950.

Иванов-Смоленский А. Г. Об изучении совместной работы первой и второй сигнальных систем мозговой коры. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 1.

Иванов-Смоленский А. Г. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. М.-Л., 1952.

Иванов-Смоленский А. Г. Об изучении типов высшей нервной деятельности животных и человека. Журнал высшей нервной деятельности, 1953а, т. III, в. 1.

Иванов-Смоленский А. Г. Исследование совместной работы и взаимодействия первой и второй сигнальных систем применительно к задачам медицины. Журнал высшей нервной деятельности, 19636, в. 4.

Иоссет Г. Я., Титов Н. А. и др. О травме психики больных в хирургических отделениях. Советская врачебная газета, 1932, №13.

Иоссет Г. Я. О травме психики хирургических больных. Вестник хирургии имени Грекова, 1940, в. 4.

Иоффе С. П. Из психотерапевтической гипносуггестивной практики в акушерстве.

Врачебное дело, 1929, №11.

Иоффе С. П. К вопросу о гипнотерапии. Днепропетровский медицинский журнал,

1928, №1-2.

Иоффе С. П. Лечение так называемых неукротимых рвот беременных словесным внушением. Дисс. Воронеж, 1941.

Истаманова Т. С. Неврозы в клинике внутренних болезней. В сб.: Неврозы. Л., 1956.

Истомин П. П. и Гальперин П. Я. О влиянии внушенных состояний на колебания пищеварительного лейкоцитоза. Украинский вестник рефлексологии, 1925, №2.

Истомин П. П. К проблеме морфинизма. В сб.: Психотерапия. 1930, т. XIV.

Истомин П. П. К психотерапии и биологической ценности ее при беременности и родах. Труды Украинского психоневрологического института. 1930.

Иткин М. Г. Больше чуткости к больному человеку (к вопросу об ятрогении). Советский врачебный журнал, 1936, №22.

Иткин М. Г. О коллективном методе психотерапии в условиях амбулаторной обстановки. Врачебное дело, 1936, №10.

Казаченко-Триродов И. П. О применении гипноза при гинекологических операциях. Врачебная газета, 1925, №17-18.

Калашник Я. М. К вопросу о применении гипноза при беременности и родах. Одесский медицинский журнал, 1927, №8-10.

Калиниченко Т. Я. Об электрической деятельности головного мозга при некоторых гинекологических заболеваниях. Вопросы клинической невропатологии и психиатрии. Киев, 1958, в. 2.

Каминский С. Д. и Шевченко Ю. Г. О роли коры больших полушарий в формировании боли. Невропатология и психиатрия, 1949, т. XVIII, в. 6.
Каневский Г. Л. К вопросу об условно-рефлекторных реакциях в физиотерапии. Вопросы курортологии, 1957, в. 6.
Капель В. Я. Алкоголизм и борьба с ним. М., 1914.
Каннабих Ю. В. Внушение и внушаемость. БМЭ, 1928.
Каннабих Ю. В. Врач как причина болезни. БМЭ, 1928, т. V.
Каннабих Ю. В. К профилактике одной из форм реактивной (ятрогенной) депрессии. В сб.: Профилактика нервных и психических заболеваний. М., 1928.
Каннабих Ю. В. Психотерапия. БМЭ, 1933, т. XXVII.
Каннабих Ю. В. Место гипноза в системе советской психотерапии и психогигиены. Советская невропатология, психотерапия и психогигиена, 1934, т. III, в. 9.
Канторович Н. В. Место психотерапии в лечении психозов. В сб.: Вопросы психотерапии. М.,1958.
Карнаухов В. К. К развитию учения о неврогенном происхождении бронхиальной астмы. Советская медицина, 1953, №3.
Картамышев А. И. и Левит Н. Гипнотическое торможение и феномен Мюллера. Современная психоневрология, 1930, №7-8.
Картамышев А. И. Гипноз в дерматологии. Госиздат Узбекской ССР, Ташкент, 1936.
Картамышев А. И. Возможности использования гипноза в дерматологии. Советская наука и техника, 1936, №5.
Картамышев А. И. Лечение кожных заболеваний внушением. Изд. Башкирского кожно-венерологического диспансера. Уфа, 1942.
Картамышев А. И. Гипноз и внушение в терапии кожных болезней. Медгиз, 1953.
Картамышев А. И. и Милич М. В. Лечение кожных больных внушением. В сб.: Вопросы психотерапии. Медгиз, 1958.
Катков Е. С. Материалы до физилогичной характеристики стадии гипноза и объективной диагностики глибины гипноидных состояний человека. Научные записки Харьковського держ. Педагогического института т. VI, 1941.
Катков Е. С. К вопросу о спонтанной и внушенной аналгезии в гипнозе. Научные записки Харьковского педагогического института. 19416, т. VI.
Кацнельсон Ф. Я. и Горелик Е. И. Опыт применения психотерапии в детском возрасте. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1958.
Кеннон, Вальтер. Физиология эмоций. Телесные изменения при голоде, страхе и ярости. Л., 1927 (перевод с англ.).
Кербиков О. В. и Крылов Д. Н. Опыт изучения ультрапарадоксальной фазы в клинике психогенных реакций. Журнал высшей нервной деятельности, 1953, т. III, в. 3.
Киселева С. К. Условнорефлекторные лейкоцитарные реакции периферической крови. Клиническая медицина, 1951, в. 9.
Кнеплер А. К вопросу о применении гипноза в гинекологии. Врачебное дело, 1925, №19-20.
Ковалевский П. И. Стигматики. Практический врач, 1909, №12.
Ковальсов С. І. Обезбаливание родов психопрофилактичным методом. Педиатрия, акушерство и гинекология, 1953, №5.

Ковригина М. Д. За высокую культуру медицинского обслуживания населения. Медицинский работник, 1954, №89.
Кобылянский Н. Г. Дисменорея, излеченная внушением. Врач, 1887, №45.
Коганов М. И. Обезболивание родов внушением. Дисс. Харьков, 1946.
Коганов М. И. Обезболивание родов внушением без предварительной гипнотической подготовки. Акушерство и гинекология, 1951, №2.
Кожевников А. Я. Случай исцеления от сикоза. Труды Московского университета. СПБ, 1895.
Кожевников А. Я. Расстройства кровообращения под влиянием душевных волнений. Вопросы философии и психологии, 1898, кн. V.
Козин Н. И. Труды лаборатории по физиологии и патофизиологии высшей нервной деятельности ребенка. 1933, в. 2.
Козин Н. И. Опыт образования условного рефлекса на изменение кровяного давления у детей. Архив биологических наук, 1935, т. 39, в. 2.
Кольский Ф. П. Случай вызывания месячных при помощи словесного внушения в состоянии гипноза. Медицинское обозрение, 1887, №10.
Комаров Ф. И. Секреторная деятельность пищеварительных желез у человека во время сна. Медгиз, 1953.
Константинов В. Н. Применение гипноза в хирургии. Казанский медицинский журнал, 1937.
Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. М., 1959.
Копиль-Левина З. А. Методика обезболивания родов словесным внушением. В кн.: К. И. Платонов. Вопросы психотерапии в акушерстве. Харьков, 1940.
Копиль-Левина З. А. К обезболиванию родов по методу внушения в присутствии и отсутствии подготавливавшего психотерапевта. В сб.: Вопросы невропатологии и психоневрологии. Изд. дорожно-санитарного отдела Южной железной дороги, Харьков, 1941.
Копиль-Левина З. А. К методике психотерапии и механизмам развития психогенных расстройств зрения и слуха. В сб.: Вопросы невропатологии и психоневрологии. Изд. дорожно-санитарного отдела Южной железной дороги, Харьков, 19416.
Копиль-Левина З. А. и Шершевская О. И. К вопросу о функциональных поражениях зрения и слуха военного времени. В сб.: Боевая травма нервной системы. Медгиз, 1948.
Короткий И. И., Майоров Ф. П. и Суслова М. М. Исследование высшей нервной деятельности человека в сомнамбулической фазе гипноза. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 4.
Короткий И. И. и Суслова М. М. Исследование высшей нервной деятельности в сомнамбулической фазе гипноза при различной глубине гипнотического сна. Физиологический журнал СССР, 1953, т. 39, №24.
Короткий И. И. и Суслова М. М. К физиологическому анализу нервного механизма действия внушения в гипнозе. В сб.: Вопросы психотерапии. Медгиз, 1958.
Короткий И. И. и Суслова М. М. Материалы к физиологическому исследованию внушаемости. 18-е совещание по проблемам высшей нервной деятельности. Л., 1952.
Косяков К. С. Материалы к условнорефлекторному влиянию на уровень сахара в крови человека. Журнал высшей нервной деятельности, 1052.
Котляревский Л. И. Труды лаборатории физиологии и патофизиологии высшей нервной

деятельности ребенка. 1934, т. 4.
Котляревский Л. И. Сердечно-сосудистые условные рефлексы на непосредственные и условные раздражители. Физиологический журнал СССР, 1936, т. XX, №2.
Котляревский Л. И. Влияние экспериментального срыва высшей нервной деятельности на течение нейроинтоксикации у животных. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. I, в. 3.
Красногорский Н. И. Развитие учения о физиологической деятельности мозга у детей. Изд. Ленинградского института охраны детей и подростков, 1939 Красногорский Н. И. Фазовые изменения больших полушарий головного мозга: у детей. Журнал высшей нервной деятельности, 1951а, т. I, в. I.
Красногорский Н. И. Некоторые итоги развития и применения учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности в педиатрической клинике. Журнал высшей нервной деятельности, 19516, т. I, в. 6.
Красногорский Н. Н. Инфракрасное излучение тела у детей при гипнотических (разделенных) состояниях коры больших полушарий. Журнал высшей нервно» деятельности, 1951, т. I, в. 3.
Крафт-Эбинг. Экспериментальные исследования в области гипнотизма. СПБ, 1889.
Крепс Е. М. К вопросу о влиянии течки на высшую нервную деятельность. Русский физиологический журнал имени И. М. Сеченова, 1923, в. 4-6.
Кронфельд А. Гипноз и внушение. Берлин, 1923 (перевод с нем.). Госиздат, 1927.
Крюнцель А. А. Влияние внушения в гипнозе на свертываемость крови. Клиническая медицина, 1932, т. X, в. 17-18.
Крышова Н. А. Применение метода охранительного торможения в клинике органических поражений нервной системы. Невропатология и психиатрия, 1953, в. 8.
Ксенократов М. Н. Влияние гипнотического сна и внушения на внимание. Казанский медицинский журнал, 1935, №11–12.
Кудашев А. Д. Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии. Казанский; медицинский журнал, 1927, в. 12.
Кудрявцева В. П. О психотерапии у детей со слабой нервной системой. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1958.
Купалов П. С. Условные невротические рефлексы. Архив биологических наук, 1941, т. 61, в. 3.
Купалов П, С. Влияние условных раздражителей на безусловный рефлекс. Архив биологических наук, 19416, в. 3.
Купалов П. С. Об экспериментальных неврозах у животных. Журнал высшей нервной деятельности, 1952, т. II, в. 4.
Кутании М. Н. Библиотерапия. Труды научной библиотеки при Саратовском государственном университете, 1947.
Лазурский А. Ф. и Гизе Э. А. Дыхание и пульс во время гипноза. Обозрение психиатрии, неврологии и судебной психиатрии, 1900, №5.
Лебединский М. С. Психотерапия при нарушении речи. Невропатология и психиатрия, 1945, в 6.
Лебединский М. С. и Гольдман Л. Н. Психотерапия больных гипертонической болезнью. Рефераты научно-исследовательских работ. Изд. АМН СССР, М., 1947, в. 2, стр. 19;

Новости медицины, 1948, в. VII.
Лебединский М. С. Общие вопросы методики психотерапии. В сб.: Вопросы психотерапии. Медгиз, 1958.
Лебединский М. С. Очерки психотерапии. Медгиз, 1959.
Левенфельд Л. Гипноз и его техника. Изд. «Космос» с предисловием К. И. Платонова, 1929 (перевод с нем.).
Левин С. М. Гипноз и условные рефлексы. Советская врачебная газета, 1934а, №1.
Левин С. М. Об особенностях условнорефлекторной деятельности в гипнотическом состоянии у детей. Физиологический журнал СССР, 1934, т. XVII, в. 2.
Левин С. М. Функциональное выключение анализаторов и условные рефлексы. Архив биологических наук, 1936, т. 34, в. 1.
ЛевинС. М. и Петрова В. К. Количественные и биохимические изменения секреции слюнных желез во время гипнотических внушений. Клиническая медицина, 1938, в. 6.
Левитус Е. Л., Соколова И. М. и Фельбербаум Р. А. Характеристика состояния центральной нервной системы при ревматизме у детей. Педиатрия, акушерство и гинекология, 1953, в. 1.
Лежнев Н. Ф. Психогенные заболевания в урологии. Урология, 1923, т. V, в. IV, №22.
Ленц А. К. О физиологической сущности гипноза. Природа, 1927, в. 7-8.
Лившиц Л. С. Исследование высшей нервной деятельности в гипнозе при хроническом алкоголизме. Журнал высшей нервной деятельности, 1959, в. 6.
Лик Э. Врач и его призвание. Новый хирургический архив. Днепропетровск, 1927.
Линецкий М. Л. О некоторых нейродинамических закономерностях влияния условноречевых раздражителей на мышечную работоспособность в условиях гипносуггестии. Труды и материалы Донецкого научно-исследовательского института физиологии труда, 1957, т. 5.
Лиознер С. А. Общие принципы профилактики неврозов. Л., 1928.
Лисица Ф. М. Влияние гипноза на показатели ассоциативного эксперимента и моторную хронаксию при хроническом алкоголизме. В сб.: Вопросы психотерапии. Медгиз, 1958.
Литвиненко Г. Н. К вопросу о применении внушений в акушерстве и гинекологии.
Акушерство и женские болезни, 1928, т. XXXIX, кн. 2.
Лобач Я. М. Условный лейкоцитарный рефлекс у нормальных и душевнобольных.
Труды I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Л., 1929.
Лукин Д. Косвенная рентгенотерапия кожных заболеваний. Вестник венерологии и дерматологии, 1939, №2-3.
Лукомский И. И К вопросу о суггестивной и комбинированной терапии алкоголизма. В сб.: Вопросы психотерапии, 1958.
Лурия Р. А. Врач и психогенез некоторых заболеваний внутренних органов. Казанский медицинский журнал, 1928, №1.
Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и «иатрогенные» заболевания. М., 1944.
Майзель Б. С. Демонстрация больной с разлитой по всему телу экземой 20-летней, давности, излеченной внушением. Известия Института физических методов лечения имени И. М. Сеченова. Севастополь, 1925, т. 6.
Майоров Ф П. Исследование динамики сна и переходных состояний у человека методом хронаксии, 3-е совещание по физиологическим проблемам. Тезисы докладов. Изд. АН

СССР, 1938; Архив биологических наук, 1939, т. XIV, в. I.
Майоров Ф. П. О фазах сна. Физиологический журнал СССР, 1948, т. XXXIV, в. 4. Майоров Ф. П. О функциональной системе. Труды физиологической лаборатории имени И. П. Павлова. 1949, т. XVI.
Майоров Ф. П. О физиологической характеристике сомнамбулической фазы гипноза Физиологический журнал СССР, 1950, т. XXXVI, в. 6.
Майоров Ф. П. Физиологическая теория сновидений. Изд. АМН СССР, 1951а.
Майоров Ф. П и Суслова М. М. Гипнотические опыты с внушенными возрастами. Рефераты научно-исследовательских работ, 1947, в. 1.
Майоров Ф. П. и Суслова М. М Исследование экспериментальной регрессии речи в гипнозе. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. I, в. 4.
Манассеин В. А. Материалы для вопроса об этиологическом и терапевтическом значении психических влияний. СПБ, 1876.
Манассеин В. А. О значении психических влияний. Лекции. СПБ, 1877.
Манойлов Н. Г. К вопросу о лечении бородавок внушением. Русская клиника, 1928, №5-54.
Манойлов Н. Г. и Кресин В. К. К вопросу о влиянии внушения на секреторную функцию желудка. Врачебная газета, 19286, №19.
Маренина А. И. Исследование сна нарколептиков методом электроэнцефалографии. Журнал высшей нервной деятельности, 1952, т. II, в. 2.
Маренина А. И. Электроэнцефалографическое исследование сомнамбулической фазы гипноза. Труды Института физиологии имени И. П. Павлова, 1952, т. I.
Маренина А. И. Электроэнцефалографическое исследование естественного и гипнотического сна человека. Труды Института физиологии имени И. П. Павлова, 1952.
Маренина А. И. Исследование динамики сна человека посредством измерения электрического сопротивления поверхности кожи. Труды Института физиологии имени И. П. Павлова. 1952.
Маренина А. И. Изменение потенциалов головного мозга при различных фазах гипноза у человека. Труды Института физиологии имени И. П. Павлова АН СССР. 1956, т. V.
Марковников Н. А. Лечение алкоголизма комбинацией внушения с выработкой условно-рефлекторной рвоты от глотка спиртного напитка. Советский врачебный журнал, 1937, №10.
Мастбаум И. С. Подготовка больных к операции гипносуггестней. Врачебное дело, 1952, в. 2.
Матвеева В. Ф. Действительный метод обезболивания родов. Медицинский работник, 21/IX 1950 г.
Мацкевич А. Н. К вопросу о влиянии экспериментального сна на высшие нервные функции. В сб.: Психотерапия. Под ред. К. И. Платонова. Харьков, 1930.
Медведовский М. С. и Невский И. М. К вопросу о влиянии коры головного мозга на вестибулярные функции. Труды I Ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова. Л., 1940.
Мендельсон А. А. Опыт лечения алкоголиков в амбулаторных условиях. Невропатология и психиатрия, 1904, в. 1-2, кн. 3.
Мендельсон А. А. Лечение алкоголизма в амбулатории Петроградского попечительства

о народной трезвости. Отчет за 1903-1909 гг.
Миловидов А. В. Излечение внушением случая навязчивой идеи. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1907, №I.
Милославский М. Я. Снятие возбуждения матки при угрожающем прерывании беременности психотерапевтическим методом. Педиатрия, акушерство и гинекология, 1951, в. 4; 1952, в. 6.
Милославский М. Я. Рефлекторные сосудистые реакции у беременных при угрожающем недонашивании под влиянием воздействия слов. Акушерство и гинекология, 1954, в. 2.
Мильман Л. Я. Клиника и лечение импотенции. Медгиз, 1960.
Миртовская Е. В. К вопросу о значении психотравмы в развитии туберкулезной-вспышки. Труды Иваново-Вознесенского туберкулезного института. 1934, в. 2.
Молль. Гипнотизм. СПБ, 1909 (перевод с нем.).
Молохов А. Н. О психотерапии шизофрении. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1958. Мори. Сон и сновидения. СПБ, 1867 (перевод с франц.).
Моссо А. Страх. Полтава, 1887.
Мясищев В. Н. и Яковлев Е. К. О психогенных висцеральных нарушениях. Современная психоневрология, 1937, в. 3.
Мясищев В. Н. Некоторые вопросы теории психотерапии. В сб.: Вопросы психотерапии. Медгиз, 1958.
Мясников А. Л. Роль нарушенной высшей нервной деятельности в патогенезе гипертонической болезни. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1.
Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь. Медгиз, 1954.
Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь. Медгиз, 1960.
Мудров М. Я. Слово о способе учиться и учить медицине практической. М., 1820; Русский врач, 1914, №8.
Мудров М. Я. Избранные произведения. Изд. АМН СССР, 1949. Нагель К. О. О колебаниях количества крови при различных условиях. Дисс. СПБ, 1889.
Нарбутович И. О. Возможность вызывания гипнотического сна и дегипнотизации у человека при помощи индифферентных раздражителей по методу условных рефлексов. Архив биологических наук, 1933, т. XXXIV.
Нарбутович И. О. Исследование избирательности раппорта в гипнозе. В сб.: Вопросы психотерапии. Медгиз, 1958.
Неврозы. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Л., 1956.
Невский И. М. и Архангельская Ю. Н. Влияние гипноза на морфологию белой крови. В сб.: Новое в рефлексологии. 1929, №3
Невский И. М. и Зрячих К. 3. Влияние гипноза и внушения на силу мышц. В сб.: Новое в рефлексологии. 1929, №3.
Невский И. М. и Левин С. Л. О безусловной и условной секреторной деятельности во время гипноза у детей. Казанский медицинский журнал, 1932, в. 4.
Невский И. М. Исследование динамики сна, гипноза и переходных состояний в норме и в патологии. Дисс. Л., 1949.
Невский М. П. Динамика биоэлектрической деятельности мозга при гипнотерапии и ее клиническое значение. В сб.: Вопросы психотерапии. Медгиз, 1958.
Никитин М. П. Головной мозг и функции молочной железы. Дисс. СПБ, 1905.

Никитин М. П. К психогенезу эпилептических припадков. Современная невропатология, 1934, т. III, в. 11-12.
Николаев А. П. Гипноз в акушерстве и гинекологии. Врачебная газета, 1924, №19-20.
Николаев А. П. Гипноз при родах и операциях, Казанский медицинский журнал, 1930, №1.
Николаев А. П. Механизм гипноза и вегетативная нервная система. Врачебная газета, 1927, №22.
Николаев А. П. Теория и практика гипноза в физиологическом освещении. Научная мысль, Харьков, 1927.
Николаев А. П. Суггестивный метод обезболивания родов. В кн.: Руководство по обезболиванию родов. Сталино, 1936.
Николаев А. П. Очерки теории и практики обезболивания родов. Медгиз, 1959, изд. 2.
Никольский П. В. Влияние душевной деятельности на кожу. Варшава, 1910.
Никулин П. П. Влияние психопрофилактического обезболивания родов на содержание в крови адреналина и ацетилхолина. Акушерство и гинекология, 1952, в. 2.
Новицкий А. М. Случай так называемой истерической лихорадки. Врач, 1897, №21.
Ольнянская Р. П. Влияние коры головного мозга на газообмен. Физиологический журнал СССР, 1932, т. 15.
Ольнянская Р. П. и Слоним А. Д. Влияние коры головного мозга на регуляцию тепла в организме. Физиологический журнал СССР, 1938, в. 6.
Ольнянская Р. П. Кора головного мозга и газообмен. Изд. АМН СССР, 1950.
Оппенгейм А. О психическом характере некоторых расстройств актов испражнения и мочеиспускания. Медицинское обозрение, июнь, 1901.
Орбели Л. А. Лекции по физиологии нервной системы. ОГИЗ, 1935.
Орбели Л. А. Вопросы высшей нервной деятельности. Изд. АН СССР. Сон и гипноз, 1949, лекция 4.
Осипов В. П. О физиологическом происхождении эмоций. В сб.: 76 лет со дня рождения И. П. Павлова. Л., 1925.
Осипова В. Н. Скорость образования сочетательных рефлексов у детей школьного возраста. Новое, в рефлексологии и физиологии нервной системы, 1926, в. 2.
Павлов Б. В. и Поворинский Ю. А. К вопросу о взаимодействии первой и второй сигнальных систем в сомнамбулической фазе гипноза. Журнал высшей нервной деятельности, 1953, т. III, в. 3.
Павлов И. П. Современное объединение в эксперименте главнейших сторон медицины на примере пищеварения. Речь на торжественном заседании Общества русских врачей, посвященном памяти С. П. Боткина (18§’9). Медгиз УССР, 1963.
Павлов И. П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. ГИЗ, 1927.
Павлов И. П. Речь на открытии XV Международного физиологического конгресса. В сб.: XV Международный физиологический конгресс. Медгиз, 1986.
Павлов И. П. Письмо к молодежи. Полное собрание трудов, т. I, 1940.
Павлов И. П. К физиологии и патологии высшей нервной деятельности. Изд. «Правда», 1949.
Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. Медгиз, 1951а.

Павлов И. П. Полное собрание сочинений. Т. III, кн. 1, изд. АН СССР, 1951.
Павлов И. П. Полное собрание сочинений. Т. III, кн. 2, изд. АН СССР, 1951.
Павлов И. П. Полное собрание сочинений Т. IV, изд. АН СССР, 1951.
Павлов И. П. Полное собрание сочинений. Т. V, изд. АН СССР, 1952.
Павлов И. П. Физиология пищеварения. Изд. АМН СССР, 1952.
Пайкин М. О. К вопросу о применении словесной терапии при рвоте беременных. Труды Украинского психоневрологического института. 1930, т. XIX.
Парамонов Н. Н. Применение гипноза в хирургии. Новый хирургический архив, 1937, №12.
Парфенов А. П. Истерический амавроз, леченный психотерапией. Врачебная газета, 1927, №22.
Певницкий А. А. Лечение алкоголиков по данным двухлетнего опыта амбулатории клиники В. М. Бехтерева. Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1905, №4.
Петров Н. Н. Вопросы хирургической одонтологии. Военно-медицинский журнал, 1952, №5.
Петрова М. К. Лечение экспериментальных неврозов у собак. Архив биологических наук, 1925, т. 25, в. 1-3.
Петрова М. К. Ультрапарадоксальная фаза и ее механизм. Труды физиологических лабораторий имени И. П. Павлова. 1937, т. 7.
Петрова М. К. Кожные заболевания у экспериментальных собак. Труды физиологических лабораторий имени И. П. Павлова, 1946, т. 12.
Петрова М. К. Торможение как фактор, восстанавливающий нервную деятельность. Труды физиологических лабораторий имени И. П. Павлова. 1945.
Петрова М. К. Об экспериментальных фобиях. Труды физиологических лабораторий имени И. П. Павлова. 1945.
Петрова М. К. О роли функционально ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме. Медгиз, 1946.
Перельмутер М. М. О психатерапии. Невропатология и психиатрия, 1949, т. 4.
Пилипенко П. Д. Коллективная психотерапия. Современная психиатрия, 1934, №2.
Платонов К. И. Воспитание сочетательно-двигательного рефлекса на составной (свет + звук) раздражитель. Дисс. СПБ, 1912.
Платонов К. И. Психорефлексы и влияние на них гипнотического внушения. Харьковский медицинский журнал, 1915, №6.
Платонов К. И. О значении эмоций в развитии неврозов. В сб.: Травматический невроз. Харьков, 1918.
Платонов К. И. и Вельвовский И. 3. К вопросу о применении гипноза в хирургии, акушерстве и гинекологии. Врачебное дело, 1924, №7.
Платонов К. И. Гипноз и внушение в практической медицине. Научная мысль, 1925.
Платонов К. И. и Шестопал М. В. Внушение и гипноз в акушерстве и гинекологии. Госиздат Украины, 1925.
Платонов К. И. Врачи и гипноз. Врачебное дело, 1925, №242.
Платонов К. И. К вопросу о лечении психоневрозов гипнопсихотерапией. Современная психоневрология, 1925, №6-7.

Платонов К. И. Внушение и гипноз в хирургии. Труды съезда хирургов левобережной Украины. Харьков, 1925, ч. II.

Платонов К. И. К учению о природе гипноза и гипносуггестивной психотерапии. Современная психоневрология, 1926, №3.

Платонов К. И. О роли внушения в родообезболивании. Труды VII Всесоюзного съезда акушеров. 1926.

Платонов К. И. О практическом значении инструкции, о порядке применения гипноза, выработанной Научным советом при НК.З РСФСР. Труды I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1927.

Платонов К. И. Общефизиологические основы лечения неврозов. В сб.: Неврозы. Приложение к журналу «Врачебное дело», 1929, в. 12.

Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. Госиздат Украины, 1930.

Платонов К. И. и Приходивый Е. А. К объективному доказательству изменения личности путем внушения (экспериментально-психологическое исследование). В сб.: Психотерапия. Труды Украинского психоневрологического института. 1930, т. XIV.

Платонов К. И. Гипноз и алкоголизированная нервная система. Вопросы общей психоневрологии. В сб.: Психотерапия. Труды Украинского психоневрологического института. 1930, т. XV.

Платонов К. И. О словесном гипносуггестивном методе исследования в области психофизиологии и психологии. Труды IV Всесоюзного съезда физиологов. 1930.

Платонов К. И. Психотерапия в системе единого диспансера. Врачебное дело, 1933, №10.

Платонов К. И. О психогенезе и психотерапии рвот беременных. Журнал акушерства и женских болезней, 1933, кн. 4.

Платонов К. И. и Безчинская Н. М. Эмоции и влияние их на состояние желудка по рентгено-гипносуггестивному методу. Клиническая медицина, 1938, №1.

Платонов К. И. Фиксированное выступление на I Украинском съезде невропатологов и психиатров. Труды съезда. Харьков, 1935.

Платотов К. И. К новому обоснованию психотерапии. Неврология, психиатрия и психогигиена, 1935, т. IV, в. II.

Платонов К. И. О врачебном и санаторием психотравматизме туберкулезных больных. Врачебное дело, 1935, №3.

Платонов К. И. Психотерапия рвот беременных, издание Украинской Психоневрологичной Академии. Харьков, 1936.

Платонов К. И. Обезболивание родов по методу внушения. Научно-информационный материал УПНИ, 19366; Труды конференции по обезболиванию родов. Донецк, 1936.

Платонов К. И. Психические факторы при обезболивании родов. Акушерство и гинекология, 1937, в. 9-10.

Платонов К. И. Общие соображения о путях и материалистическом обосновании психотерапии. Труды Кубанского медицинского института. Краснодар, 1937, в. VIII.

Платонов К. И. Материалы к вопросу о значении гипноидных фаз коры мозга в генезе и терапии невротических состояний. Труды XIV сессии Украинского психоневрологического института. Харьков, 1937, т. XXIII (71).

Платонов К. И. Метод гипносуггестивной репродукции психоневрологических синдромов (материалы к учению,о так называемом травматическом неврозе). Проблемы неврологии и психиатрии, 1939.

Платонов К. И. О скрытом психическом факторе в медикаментозном родообезболивании. Акушерство и гинекология, 1940, в. 3-4.

Платонов К. И. Словесное внушение и его физиологическое обоснование в применении к родообезболиванию. В сб.: Вопросы психотерапии в акушерстве. Изд. Дорожно-санитарного отдела Южной железной дороги, Харьков, 19-06.

Платонов К. И О психогенезе и психотерапии рвот беременных. Изд. Дорожно-санитарного отдела Южной железной дороги, Харьков, 1940.

Платонов К. И. К психотерапии так называемого травматического невроза. В сб.: Вопросы нейротравматологии и психоневрологии. Изд. Дорожно-санитарного отдела Южной железной дороги, Харьков, 1941, ч. 1.

Платонов К. И. Итоги применения метода внушения в родообезболивании и их принципиальное значение. Изд. Дорожно-санитарного отдела Южной железной дороги, Харьков, 1941, ч. 1.

Платонов К. И. Лечение суггестивной терапией токсикозных рвот беременных. В сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. Под ред. К. М. Быкова, 1949.

Платонов К. И. Психопрофилактическое обезболивание родов. Врачебное дело, 1950, №12.

Платонов К. И., Линецкий М. Л., Пайкин М. О. и Бакальчук М. О. О влиянии внушенных эмоций на желудочную секрецию. Тезисы доклада на конференции в Институте экспериментальной медицины по проблемам пищеварения. Л., 1951.

Платонов К. И. Психопрофилактический метод обезболивания родов. Обезболивание в родах. Труды конференции в Ленинграде (январь 1951 г.). 1951.

Платонов К. И. Внушение и гипноз в свете учения И. П. Павлова. Медгиз, 1952.

Платонов К. И. О природе некоторых расстройств функций внутренних органов в свете учения И. П. Павлова. В сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. Под ред. К. М. Быкова, 1952.

Платонов К. И. К учению о значении сонного гипнотического торможения как терапевтического средства при лечении некоторых патологических состояний человека. Журнал высшей нервной деятельности, 1952в, т. II, в 3.

Платонов К. И. и Кашпур М. И. К вопросу о речевой терапии психогенного тиреотоксикоза. Тезисы совещания по проблемам кортико-висцеральной физиологии и патологии. Л., 1953.

Платонов К. И. О современном положении физиологически обоснованной психотерапии. Тезисы докладов на научной сессии, посвященной 150-летию Харьковского медицинского института, Харьков, 1955.

Платонов К. И. К вопросу о профилактике неврозов. В сб.: Неврозы. Л., 1956.

Платонов К. И. К вопросу о современном положении физиологически обоснованной психотерапии и о границах ее применения. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1958.

Платонов К. И. Развитие идей В. М. Бехтерева в области психотерапии и психогигиены. В сб.: В. М. Бехтерев и современные проблемы строения и функций мозга в норме и патологии. Медгиз, Л., 1959.

Платонов К. К. О словесном гипносуггестивном методе исследования в области психофизиологии и психологии. Труды IV Всесоюзного съезда физиологов. 1930.

Платонов К. К. О неправильном педагогическом подходе как факторе психогенно-реактивных состояний у летного состава. Информационный бюллетень авиационной медицины, 1946, №2.

Платонов К. К. и Смухин М. В. Врачебная экспертиза летного состава при реактивно-психогенных состояниях. В сб.: Вопросы медицинского обеспечения авиации. М., 1939, т. II.

Плецитый Д. Ф. Материалы к вопросу о роли коры головного мозга в невосприимчивости к столбняку. В сб.: Проблема реактивности в патологии. Медгиз, 1954.

Поворинский Ю. А. Значение подготовки в применении гипноза при хирургических операциях. Журнал для усовершенствования врачей, 1928, т. XII.

Поворинский Ю. А. Архив биологических наук, 1934, т. 33, серия В, в. 1.

Поворинский Ю А. и Трауготт Н. Н. О некоторых особенностях кортикальной динамики в гипнотическом сне. Архив биологических наук, 1936, т. 44, в. 2.

Поворинский Ю. А. Опыт экспериментального исследования изменения корковой динамики в гипнотическом состоянии. Дисс. Л., 1937.

Поворинский Ю. А. Влияние гипнотического воздействия на газообмен. Сборник, посвященный юбилею Р. Я. Голант. Л., 1940.

Поворинский Ю. А. Влияние эмоционального состояния на сосудодвигательные реакции. В сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. 1949.

Поворинский Ю. А. Об изменениях кожно-сосудистых реакций в гипнотическом состоянии при воздействии непосредственных и словесных раздражителей. Невропатология и психиатрия, 1953, т. 53, в. 11.

Поворинский Ю. А. Психотерапия в системе лечения алкоголизма. В сб.: Неврозы. Петрозаводск, 1956.

Поворинский Ю. А. Психотерапия курильщиков. В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1958.

Подкопаев Н. А. Выработка условного рефлекса на автоматический раздражитель. Труды физиологической лаборатории И. П. Павлова. 1926, т. 1, в. 2-3.

Подкопаев Н. А. Физиологический анализ психического компонента при заболеваниях пищеварительного тракта. В сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. 1949.

Подъяпольский П. П. Пузырь от мнимого ожога, полученный словесным внушением в состоянии искусственного сна. Труды Саратовского общества естествоиспытателей. 1903-1904, т. IV, в. 2.

Подъяпольский П. П. О хлороформенном сне. Невропатология и психиатрия, 1908, №10.

Подъяпольский П. П. О вазомоторных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, 1909, в. 1-2.

Подъяпольский П. П. О применении гипнотического внушения при эпилепсии, Неврологический вестник, 1913, №3.

Подъяпольский П. П. Случаи применения гипнотического внушения в лазаретной практике. Невропатология и психиатрия, 1915, в. 2.

Подъяпольский П. П. Простое словесное внушение в качестве общего наркоза. Клинический журнал Саратовского университета, 1925, №1.

Подъяпольский П. П. Гипнотическое внушение и его применение в хирургии. Природа, 1926, №9-10.

Подъяпольский П. П. Гипнология и применение гипнотического внушения в медицине. Труды II Поволжского съезда врачей, 1927, т. VI.

Подъяпольский П. П. Гипнотическое внушение в гинекологии. Труды II Поволжского съезда врачей. 1927, т. VI.

Подъяпольский П. П. Гипнотическое внушение, его значение при дифференциальной диагностике, применение в терапии и хирургии. Клинический журнал Саратовского университета, 1929, т. VII, №4-5.

Полотебнов А. Г. Нервные болезни кожи. В сб.: Дерматологическое исследование. В. 1, 1687; в. 2, СПБ, 1886.

Попов Е. А. Материалы к вопросу о роли экстрапирамидного аппарата в механизме двигательных условных рефлексов. Современная психоневрология, 1927, №10.

Попов Е. А. К вопросу о генезе некоторых форм мезохизма (пассивного флагеллянтизма). Врачебное дело, 1928, №10.

Попов Е. А. О некоторых условиях образования навязчивых состояний. Советская психоневрология, 1940, в. 4.

Попов Е. А. Патологически прочные условные рефлексы как основа некоторых расстройств внутренних органов. Врачебное дело, 1947, №8.

Портиов А. А. и Федотов Л. Д. Неврозы, реактивные психозы и психопатии. М., 1957.

Постольник Г. С. Роды без предварительной подготовки. Труды VIII Всесоюзного акушерско-гинекологического съезда. Киев, 1928.

Постольник Г. С. Опыты применения гипноза и внушения при родах. Журнал акушерства и женских болезней, 1930, №1.

Потоцкий И. И. и Жуков И. А. Применение гипноза в терапии экземы на курорте Сочи–Мацеста. В сб.: Вопросы дерматологии на курорте Сочи–Мацеста, 1952, №1.

Потоцкий И. И. Влияние гипноза на течение воспалительной реакции при кожных, заболеваниях. Научные записки по дерматологии и венерологии врачей Кубани. Краснодар, 1955.

Пророков И. Р. Влияние беременности на искусственные и натуральные условные рефлексы. Труды физиологической лаборатории имени И. П. Павлова. Т. Х. 1941.

Протопопов И. М. Применение гипноза в санаторных условиях. Врачебное дело. 1928, №9.

Пуссеп Л. М. О мозговых центрах, управляющих эрекцией полового члена и семяизвержением. Дисс. СПБ., 1902.

Пшоник А. Т. Роль коры больших полушарий в формировании кожной болевой рецепции. В сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. Под ред. К. М. Быкова, изд. АМН СССР, 1949.

Пшоник А. Т. Кора головного мозга и рецепторная функция организма. М., 1952.

Пшоник А. Т., Фельбербаум Р. А. К вопросу об изменении высшей нервной деятельности у женщин во время менструации. Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, приложение. Медгиз, 1957.

Пэн Р. М. и Джигаров М. А. Образование условных связей в гипнотическом сне. Архив

биологических наук, 1936, т. 42, в. 1-2.
Пырский К. И. К вопросу о психотерапии в акушерстве и гинекологии. Акушерство и гинекология, 1927, №2.
Рише П. Клинический очерк истерии или истероэпилепсии. СПБ, 1886 (перевод с франц.).
Робустов Г. В. Нервные и психические нарушения при раннем сифилисе. Журнал высшей нервной деятельности, 1953, в. 8.
Рожнов В. Е. Терапевтическая эффективность лечебного внушения в удлиненном гипнотическом сне. Невропатология и психиатрия, 1953, т. 53, в. 6.
Рожнов В. Е. Гипноз в медицине. Медгиз, 1954.
Рожнов В. Е. Материалы к лекции – гипноз и внушение в медицине. Всесоюзное общество по распространению политических и научных знаний. М., 1954.
Рожнов В. Е. Физиологические особенности гипнотического состояния различной глубины и гипнотерапия алкоголизма. Дисс. М., 1956.
Рожнов В. Е. К вопросу о физиологических особенностях гипнотического сна различных стадий глубины. В сб.: Вопросы психотерапии. Медгиз, 1958.
Рожнов В. Е. Труды В. М. Бехтерева в области лечения алкоголизма и их современное развитие. В сб.: В. М. Бехтерев и современные проблемы строения и функций мозга в норме и патологии. 1959.
Розенсон Г. Психическая травма и эпидемический энцефалит. Врачебное дело, 1928, №12.
Розенталь И. С. Влияние беременности на условные рефлексы. Архив биологических наук, 1922а, т. XXI, в. 3-5.
Розенталь И. С. Влияние беременности и лактации на условные рефлексы. Русский физиологический журнал, 1922, т. V, в 1-3.
Россолимо Г. И. О роли психических факторов в медицине в связи с необходимостью упрощения лечения болезней нервной системы. Невропатология и психиатрия; 1905, в 5.
Русецкий И. М. Опыт изучения вегетативных рефлексов при гипнотическом сне. Врачебное дело, 1930, №18.
Рыбаков Ф Е Лечение пьянства гипнотическим внушением. Врачебная газета. 1901.
Рыбаков Ф. Е. Принципы современного лечения алкоголиков. М., 1905.
Рыбалкин Я. В. Опыт вызывания пузыря на коже путем гипнотического внушения. Газета Боткина, 1890, №2.
Самойлович А. М. Психическая травма и туберкулез. Краснодар, 1940.
Самойлович А. Л. Врач и больной. Краснодарское краевое издательство, 1950.
Самойлович Данил о. Избранные произведения. Изд. АМН СССР, 1949.
Свядощ А. М. Неврозы и их лечение. Медгиз, 1959.
Семянников А. В. Несколько слов к вопросу о применении гипноза в акушерстве Журнал акушерства и женских болезней, 1907, №1.
Сергеев М. А. Влияние гипноза на некоторые сердечно-сосудистые реакции. В кн.: Сборник научных студенческих работ Курского медицинского института. 1954.
Серейский М. Я. Аффект в его биохимических проявлениях. Журнал психиатрии., неврологии и экспериментальной психологии, 1923, т. III.
Сеченов И. М. Избранные философские и психологические произведения. М., 1947.

Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга. Изд. АМН СССР, 1952.
Синани Б. Н. О роли внушения в борьбе с пьянством. Русский вестник, 1899.
Слоним А. Д. Влияние коры головного мозга на регуляцию тепла в организме. Сообщение 2. Физиологический журнал СССР, 1938, т. 25, в. 6.
Смирнов Д. А. Два случая тяжелого травматического невроза, излеченных гипнотическим внушением. Невропатология и психиатрия, 1916, №2.
Смирнов Д. А. О влиянии гипнотического внушения в случаях комбинации органического и функционального. Медицинское обозрение, 1917, №1.
Смирнов Д. А. О психогенных дерматозах. Днепропетровский медицинский журнал, 1924, №7.
Смирнов Д. А. Гипнотерапия и гипнотерапевты. Днепропетровский медицинский журнал, 1929, №4-6.
Смирнов Д. А. Психотерапия у постели больного. Вопросы санаторного лечения неврозов. ВЦСПС, 1955.
Смирнов К. М. Минутный объем сердца собаки и его условно-рефлекторная регуляция при мышечной работе. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины 1940, т. II, в 6.
Сорохтин Г. Н. Рефлексологические типы детей школьного возраста. Изд. «Сеятель», 1925.
Сорохтин Г. Н., Тургель К. Ю. и Сорохтина О. П. О сочетательных ваготропных рефлексах сердца. Физиологический журнал СССР, 1934, т. 17.
Сперанский А. Д. Элементы построения теории медицины. ВИЭМ, 1935.
Сперанский В. Н. О сущности и механизме гипнотического внушения. Врачебное дело, 1924, №19-20.
Срезневский В. В. К вопросу об амбулаторном лечении алкоголиков. Обозрение психиатрии и неврологии, 1907, №1.
Срезневский В. В. Гипноз и внушение. Л., 1924.
Срезневский В. В. Методы современной психотерапии и лечение внушением. Обозрение психиатрии, 1935, 4-5.
Стойко А. Г. Хронический никотинизм (табакокурение) и его лечение. Горький, 1935.
Стрельчук И. В. Терапевтические условные связи при хроническом алкоголизме. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, в. 2.
Стрельчук И. В. Опыт применения длительного сна и изучение влияния его при морфинизме. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в 3.
Стрельчук И. В. Охранительное торможение и лечебный сон в психиатрии и невропатологии. Журнал высшей нервной деятельности, 1952, т. II, в. 4.
Стрельчук И. В. Опыт дифференцированного гипнотерапевтического воздействия в свете учения И. П. Павлова о двух сигнальных системах. Журнал высшей нервной: деятельности, 1953, т. III, в. 3.
Строкина Г. В. Экспериментальные исследования взаимодействия первой и второй сигнальных систем у детей-невротиков. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. I, в. 5.
Стычинский И. Л. К вопросу о психогенных колебаниях температуры. Клиническая медицина, 1923, т. I, №5-6.
Сумбаев И. С. К вопросу о вазомоторных расстройствах, вызванных гипнотическим внушением. Сибирский архив клинической медицины, 1927, №4.

Сумбаев И. С. К психотерапии гомосексуализма. Советская психоневрология, 1936, №3.

Сумбаев И. С. К теории и практике психотерапии. Иркутское областное издательство, 1946.

Сумбаев И. С. К методике внушения в бодрственном состоянии. В сб.: Вопросы психотерапии. Медгиз, 1958.

Суслова М. М. Экспериментальное исследование динамики гипнотического сна у человека. Физиологический журнал имени И. М. Сеченова, 1940, т. XXIX, в. 3.

Суслова М М. Исследование работоспособности коры больших полушарий в сомнамбулической фазе гипноза. Труды Института физиологии имени И. П. Павлова 1952, т. 1.

Суслова М. М. Влияние глубины гипнотического сна на работоспособность коры больших полушарий. Труды Института физиологии имени И. П. Павлова. 1956, т. V.

Суслова М. М. Исследование внушенных возрастов в гипнозе. Труды Института физиологии имени И. П. Павлова. 1958, т. VII.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Лекция 25-я. Медгиз, 1959.

Сыркин М. И. Знеболювання родів гіпнозом. Педіатрія, акушерство і гінекологія, 1947, №3.

Сыркин М. И. Опыт трехлетней работы киевского городского акушерского санатория. Педіатрія, акушерство і гінекологія, 1950, №31.

Танцюра М. Д. Опыт лечения больных навязчивым неврозом методом активного возбуждения патологической инертности. Советская медицина, 1956, №11.

Танцюра М. Д. К вопросу о лечении внушением некоторых невротических реакций. В сб.: Вопросы клинической невропатологии и психиатрии. Изд. Киевского медицинского института, 1958, в. 2.

Тапильский А. А. Изменение количества лейкоцитов при внушении сытости или голода в состоянии условнорефлекторного сна. Медицинская мысль Узбекистана, 1928, №2.

Тарло Б. С. Об ятрогенных заболеваниях в гинекологии. Врачебное дело, 192ва, №7; Казанский медицинский журнал, 19286, №1.

Тарханов И. Р. Случай произвольного ускорения сердцебиения. Еженедельная клиническая газета, 1881, №10.

Татаренко Н. П. К психопатологии и патофизиологии фантома свежеампутированных. Дисс. 1948; Медиздат Украины, 1952.

Татаренко Н. П. К психопатологии синдромов, связанных с явлением инертного возбуждения в, коре головного мозга. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. I, в. 4.

Татаренко Н. П. Некоторые вопросы клиники и патофизиологии состояний навязчивости. В сб.: Неврозы. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956.

Телешевская М. Э. Патофизиологический анализ наркопсихотерапии зафиксированных истерических реакций. В сб.: Неврозы. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов в Ленинграде (6-9 июня 1955), 1965.

Телешевская М. Э. Метод наркопсихотерапии и его лечебное значение. Дисс. Харьковский медицинский институт, 1958.

Тер-Аветисов Г. Р. Случай применения гипноза при эпилепсии. Современная психиатрия, 1907, в. 6-7.

Тер-Овакимов Я. А. Гипноз и условные рефлексы. Труды Тбилисского института функциональных нервных заболеваний. 1936, т. I (на груз, языке).

Тер-Овакимов Я. А. Безболезненные роды под влиянием гипнотических внушений. Труды Тбилисского института функциональных нервных заболеваний. 1936, (на русск. языке).

Тер-Овакимов Я. А. О гипнотической аналгезии при операциях. Труды Тбилисского института функциональных нервных заболеваний. 1945, (на русск. языке).

Тер-Овакимов Я. А. Влияние внушенных в гипнозе эмоций на функцию анализаторно-статического равновесия. Труды Тбилисского института функциональных нервных заболеваний. 1945, т. II (на русск. языке).

Тер-Овакимов Я. А. Об иатрогенных заболеваниях и лечении их психотерапией. Труды Тбилисского института функциональных нервных заболеваний. 1945, т. II (на русск. языке).

Тимофеев Н. Н. К вопросу о механизмах эмоциональных реакций у душевнобольных. Невропатология и психиатрия, 1938, в. II.

Тихомиров Д. М. О роли эмоций в эпилепсии. Обозрение психиатрии, невропатологии и экспериментальной психологии, 1913, №1.

Токарский Б. А. Гипнотизм и внушение. Архив психиатрии, 1887, т. XI, в. 1 и 3.

Токарский Б. А. Терапевтическое применение гипнотизма. Доклад на IV съезде русских врачей. СПБ, 1891.

Токарский Б. А. О гипнотической аналгезии при родах. Современная психоневрология. Киев, 1926, т. XII.

Токарский Б. А. Устранение гипнозом спонтанной гангрены. Саратовский вестник здравоохранения, 1925, №1-2.

Тома Ф. Внушение и его роль в деле воспитания. СПБ, 1911 (перевод с франц.).

Тонконогий И. М. и Мискевич Э. Я. К вопросу о механизме лечебного действия гипноза при чешуйчатом лишае. В сб: Неврозы. Л., 1956.

Топчибашев И. М. Психические моменты и значение их выключения при обезболивании. Клиническая медицина, 1950, в. 9.

Триумфов В. А. Учение М. И. Аствацатурова о психосоматическом взаимоотношении и его дальнейшее развитие. В сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. Изд. АМН СССР, 1949.

Трутень М. Д. Марморштейн Ф. Ф. К вопросу о влиянии внушения на цветное зрение. В сб.: Вопросы нейротравматологии и психоневрологии. Под ред. И. 3. Вельвовского, 1941, ч. 2.

Тюленев Н. А. К вопросу о значении психотерапии в клинике соматических заболеваний. Клиническая медицина, 1930, т. VIII, №23-24.

Тюленев Н. А. и Полинковский Д. И. Материалы к вопросу о влиянии эмоций на желудочную секрецию. Труды Киевского психоневрологического института. 1930.

Тюленев Н. А. и Курашкевич Г. А. Об изменениях высших нервно-психических процессов под влиянием введения желудочного зонда. Клиническая медицина, в. 15, 1931.

Тюленев Н. А. О психической фазе желудочной секреции, изучаемой в гипнотическом состоянии. Медицинский журнал АН УССР, 1936, т. VI, в. 1.

Тюленев Н. А. К вопросу о значении психотерапии в курортной практике. В сб.: Вопросы дерматологии на курорте Сочи–Мацеста. Краснодар, 1952.

Урин А. Г. и Зенкевич Е. С. Пищевой лейкоцитоз и лейкоцитарный условный рефлекс на время приема пищи. Журнал высшей нервной деятельности, 1952, в. 2.
Успенский К. И. О лечении пьянства гипнотическим внушением. Врач, 1891
Утевский Н. Л. и Цейкинская Ф. Б. К амбулаторному лечению алкоголизма. В сб.: Психотерапия. Труды Украинского психоневрологического института, 1930, т. XIV.
Ухтомский А. А. К 15-летию советской физиологии. Физиологический журнал СССР, 1983, т. 12, в. 1.
Уэллс Г. Зигмунд Фрейд и его учение. Вопросы философии, в. 6. 1956.
Уэллс Г. Павлов и Фрейд. Изд. иностранной литературы, М., 1960.
Федоров В. П. О возможности широкого применения гипноза при операции аборта. Труды I Ленинградского медицинского института. 1925, т. 1.
Фельбербаум Р. А., Левит у с Е. Л. и Соколова И. М. Характеристика состояния центральной нервной системы при ревматизме у детей. Педіатрія, акушерство і гінекологія, 1953, в. 1.
Филимонов И. Н. Травматический невроз по материалам войны 1914-1918 гг. 1927.
Финне В. Н. Ожоги, вызванные внушением в гипнотическом состоянии. Журнал для усовершенствования врачей, 1928, №3.Фольборт Г. В. Физиологические процессы утомления и восстановления. Медгиз, 1951. Форель А. Гипнотизм, внушение и психотерапия. Л., 1928.
Фосс Е. Е. К учению об истерической лихорадке. Невропатология и психиатрия, 1904, №4.
Фролов Ю. П. Иван Петрович Павлов (воспоминания). 1949.
Фролов Ю. П. Патофизиология бронхиальной астмы и других спазматических состояний в свете учения И. П. Павлова. В сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. Изд. АМН СССР, 19496.
Фурсиков Д. С. Влияние беременности на условные рефлексы. Архив биологических наук. 1922, т. XXI, в. 3-5.
Хек-Тюк. Дух и тело. СПБ, 1904 (перевод с англ.).
Холоденко М. И. и Хаймович М. М. Об иатрогении в санпросвете. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, 1934, т. III, в. 10.
Хордазе Е. Е. Психовестибулярный симптомокомплекс невротиков. Труды Тбилисского института функциональных нервных заболеваний. 1936, т. I (на русс, языке).
Хорошко В. К. Факты, понятия и проблемы в патологии эпилепсии. Труды I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1927.
Цветков И. Т. К обезболиванию родов по методу прямого словесного воздействия (внушения) без предварительной дородовой психотерапевтической подготовки. Акушерство и гинекология, 1941, №1.
Цейкинская Ф. Б. и Утевский Н. Л. К амбулаторному лечению алкоголиков. Труды Украинского психоневрологического института. 1930, т. XIV.
Цитович И. С. О так называемых вазомоторных психорефлексах. Русский физиологический журнал, 1918, т. I.
Цынкин А. М. Кровяное давление в гипнозе (экспериментальное исследование). Труды Украинского психоневрологического института. 1930а, т. XIV.
Цынкин А. М. Пульс и дыхание в состоянии бодрствования и в гипнотическом состоянии (экспериментальное исследование). Там же, 19306.
Чалисов В. Н., Вольфсон В. Н., Арутюнов Д. Н. О биохимических изменениях крови при эмоциях. Невропатология и психиатрия, 1937, т. VI, в. 5.
Черноруцкий М. В. Пути советской медицины в лечении внутренних болезней. Советский врачебный журнал, 1937, №20.
Черноруцкий М. В. Психогения и психотерапия при внутренних болезнях. Советский врачебный сборник, 1946, в. 1.
Черноруцкий М. В. Учение И. П. Павлова и клиническая медицина. Л., 1953.
Черяпкин В. И. Применение гипноза в хирургии, акушерстве и стоматологии в участковой практике. Журнал современной хирургии, 1931, в. 3.
Читава О. Г. О сочетании психотерапии с лечебным сном при некоторых реактивных состояниях. В об.: Вопросы психотерапии. М., 1958.
Чхаидзе И. Д. Три случая истерической глухоты и глухонемоты. Советская медицина, 1937, №11-12.
Шатенштейн Д. И. Тезисы сообщений на XV Международном физиологическом конгрессе. Л, 1935.
Шатенштейн Д. И. Регуляция физиологических процессов во время работы. Медгиз, 1938.
Шатский В. Л. Из гипнотерапевтической практики участкового врача. Современная психоневрология, 1936, №4.
Шац М. В. О хирургических способах лечения внушением. Первый съезд хирургов и гинекологов Уральской области. Свердловск, 1927.
Шварц А. А. Значение слова и его звукового образа как условного раздражителя. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1948, в. 4.
Шварц А. А. Смысл слова и его звуковой образ как условные раздражители. Сообщение 2. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1949, т. 27, в. 6.
Шварцман С. Д. Опыт применения внушения в гипнозе при фантомных явлениях. Невропатология и психиатрия, 1946, в. 6.
Шереметьев Н. Г. К вопросу о лечении гипнозом красного лишая. Вопросы дерматологии и венерологии. Ташкент, 1950, т. V.
Шильдер П. и Каудерс О. Гипнотизм. Огиз, 1927 (перевод с нем.).
Шишкова В. Н. и Иванов И. П. Опыт исследования механизмов высшей нервной деятельности при психопрофилактической подготовке. Журнал высшей нервной деятельности, 1953, в. 4.
Шлифец Р. Я. О влиянии инъекции адреналина на кровяное давление во время экспериментального сна (гипноза). Труды Украинского психоневрологического института. Харьков. 1930, т. XIV.
Шлифер Р. Я. О значении психотерапевтического воздействия на туберкулезных больных. Труды Украинского психоневрологического института, 1930.
Шлифер Р. Я. К словесному обезболиванию родового акта. Там же, 1930.
Щрайбер Я. Л. и Пырский К. И. К вопросу обезболивания нормального родового акта. Советская нейропсихиатрия, 1939, т. III.
Шрайбер Я. Л. К вопросу об острых эмоциональных невротических реакциях и их терапии во фронтовых условиях и в тылу. Советский врачебный сборник, 1947.

ШрайберЯ. Л. О соотношении субкортикальных реакций в гипноидных состояниях. 13-е совещание по физиологическим проблемам, посвященное памяти И. П. Павлова, Л., 1948.

Шрайбер Я. Л. Способ косвенного внушения для устранения» тяжелых фиксированных истерических симптомов. В сб.: Вопросы психотерапии. Медгиз, 1958.

Шредер Л. И. Влияние гипноза на кровяное давление в височных артериях при хроническом алкоголизме. Труды медицинского института, Душанбе. 1956, т. 19.

Штауфенберг. И. Я. Психотерапия в клинике внутренних болезней. Психотерапия, 1913, №3.

Штейн Л. И. Лечение бородавок внутрикожными впрыскиваниями физиологического раствора. Советский врачебный журнал, 1934, №1.

Штейнберг Л. Д. Опыты применения гипнотерапии в повседневной работе детского больничного стационара. Врачебная газета, 1927, №22.

Шульц. Психотерапия. Берлин, 1925 (перевод с нем.).

Щеглов П. О. Материалы к применению гипноза в хирургии. Новый хирургический архив, 1930, т. 20, кв. 3.

Щербак А. Е. Известия Государственного института физиологических методов лечения имени И. М. Сеченова. Севастополь, 1925, т. 6, стр. 1003.

Эдельбер Г. В. Психотерапия, В кн.: Руководство по женским болезням... Под ред. проф. Л. П. Кривского, Л. 1926, III.

Эдельштейн А. О. Генез и структура ятрогений. Советский врачебный сборник, 1947. в. 9.

Эпштейн Д. Я. Душа туберкулезного освещения художественной и научной литературы. Киев, 1920.

Эпштейн Ф. Ц. и Лушицкий В О. Практическая ценность метода косвенной рентгенотерапии при некоторых заболеваниях кожи. Казанский медицинский журнал, 1936, в. 7.

Яковенко. Об истерической лихорадке. Невропатология и психиатрия, 1905, №3-4.

Яковлева Е. К. Психогигиена и психотерапия больных с последствиями закрытых травм мозга. Авторефераты научных работ Психоневрологического института имени Бехтерева. 1946.

Яковлева Е. К. Психотерапия и профилактика невроза навязчивых состояний и психастении. Труды Психоневрологического института имени Бехтерева. Л., 1958, т. XV.

Яковлева В. В. Экспериментальный невроз при свободной двигательной деятельности собаки. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 6.

Янишевский А. Е. Истероидные явления при рассеянном склерозе. Труды Общества невропатологов и психиатров при Саратовском университете. 1927, т. 1.

Яновский М. В. Курс общей терапии внутренних болезней. Изд. 4-е, 1923.

Янушкевич И. Л. Гипнотизм (подробный исторический обзор). Реальная энциклопедия медицинских наук, 1892, т. 4.

Ясинский В. и Картамышев А. Лейкоцитоз при эмоциональных состояниях. Современная психоневрология, 1930, №12.

Иностранная

Bernheim H. De la suggestion et de ses applications a la therapeutique. Paris, 1888.

Bernheim H. Hypnotisme et suggestion. Paris, 3-me edition, 1910.

Bloch B. Ueber die Heilung d. Warzen durch Suggestion. Klin. Wschr., 1927, Nr. 48-49.

Bonjour L'influence de la suggestion dans 4 cas de pellade. Presse med., 1925.

Braid James. Neurohypnologie. London, 1883, Paris, 1843.

Bratz. Die affectepileptischen Anfalle der Neuropathen. Wschr. Psych., 1911, Bd. XXIX.

Bunemann Zschr. ges. Neurol. u. Psychiol., 1924, Bd. 83.

Burdon Charles. Etude sur la staso-basophobie de Lille, 1904.

Gestan R. Les epilepsies. 1922.

Delhougneu. Hansen. Dtsch. Arch. klin. Med., 1927, Bd. 157.

Demole. Rev. neurol. 1927, Nr. 6.

Deutsch u. Kauff Zschr. ges. exp. Med., 1923, Bd. 60.

Eichelberg. Dtsch. Zschr. Nervenheilk., 1921, Bd. 68-69.

Erikson. The induction of color blindness by a technique of hypnotic suggestion.

J. Psychol., 1939, 20, 61, 89.

Esquiro 1. Des maladies mentales, considerees sous les rapports medical, hygienique et medicolegal. Paris, 1858.

Fere Ch. La pathologie des emotions. Paris, 1892.

Flurnoy H. Epilepsie emotionell. Arch. Psychol., 1913, t. XIII, Nr. 49.

Gessler u. Hansen. Dtsch. Arch. klin. Med., 1927, Bd. 10. G1aser. Psychische Beeinflussung des Blutserum – Kalkspieqels – Klin. Wschr., 1924, Nr. 33.

Glaser. Med. Klin. 1924, Nr. 10.

Gowers. System of Medicine. London, 1910.

Graft u. Mayer. Wien. klin. Wschr., 1925, Nr. 12.

Grumach, Ueber Sugestivbehandlung von Warzen. Munch, med. Wschr., 1927, Nr. 24. Heberer. Zbl. Gynec. 1922, Nr. 19

Heyer. Klin. Wschr., 1923, Bd. 2.

Heiliegu. Hoff. Zschr. ges. Neurol u. Psychiat., 1923, Bd. 86.

Hei1iegu. Hoff. Klin. Wschr. 1923, Nr. 46.

Heiliegu. Hoff. Beitragz. hypnotischen Beeinflussung der Magenfunktion. Med.Klin., 1925, Nr. 5.

Heiliegu. Hoff. Allgem. Zschr. Psychiat., 1928, Nr. 3.

Heyer G. R. Psychogeneseu. Psychotherapie korperlicher Symptome Herausg.

Osvv Schwarz. Psychogenes Funktionst, des Verdauungstraktes. 1925. Hoffu. Wermer. Klin. Wschr. 1925, Nr. 8.

Hoffu. Werner. Klin. Wschr. 1928, Nr. 8.

Joltrain F. L'emotion, facteur de desequilibre humoral. Presse med., Juin, 1933.

Kirschenbcrg. Die Verander. Blutviskositat wahrend der Hypnose. Zbl. ges.

Neurol. Psychiat., 1925, Bd. 41. Kir stein. Zentr. Gynec. 1922, Nr. 21.



Информация об издателе

Бомбушкар Игорь Стефанович, родился 25 декабря 1976 года.

Уже в возрасте 15 лет в качестве травника стал открыто принимать своих первых пациентов, работая в связке с профессиональными ясновидящими и экстрасенсами в своем городе. Год спустя прошел глубинное обучение магии (черная, белая) и в 16 лет получил свое первое магическое посвящение от жреца исповедующего культ Люцифера в городе Угледар, Донецкой обл.

В 1995 поступил, а в 2001 году окончил Донецкий медицинский университет.

С 2001 по 2004 работал врачом – психиатром и одновременно преподавал предмет оперативную хирургию с топографической анатомией на одной из кафедр в Донецком медицинском университете, поскольку он всегда был убежден, что истинный врач обязан уметь лечить и Тело (хирургия) и Душу (психиатрия).

В 2004 году оставил преподавательскую деятельность в Донецке и переехал на постоянное место жительство в Киев, послав при этом при свидетелях открытым текстом на ху...(й) ректора Донецкого медицинского университета вместе с заведующей кафедры на которой он преподавал. Именно в Киеве Игорь Бомбушкар впервые назвался Ингваром (это было очередное посвящение Силы).

1 декабря 2005 года в Киеве, своими собственными силами открыл Академию Универсальной Магии, Целительства и Колдовства (АУМЦИК), которая существует и процветает по сегодняшний день.

19 января 2006 года было открыто «Издательство Бомбушкара», по праву снискавшее славу самого смелого и объективного эзотерического книжного проекта на территории стран СНГ, на счету которого сегодня 56 официально изданных

печатных книг, исполненных глубиной и мудростью оккультной мысли. Началом издательской деятельности послужил выход в свет книги-первенца под названием «Каббала».

13 января 2009 года началось официальное издание профессионального периодического издания для магов «Вестник Магии и Колдовства», которое существовало более 4 лет. С целью донесения к наибольшему количеству магического общества необходимой и столь значимой информации, учитывая рост и стремительное развитие информационных технологий, журнал был трансформирован в живой электронный ресурс, действующий и по сей час, через который каждый может задать свой вопрос магу Ингвару. Все выпуски этого журнала можно и сегодня читать бесплатно (online) на сайте mag-ingwar.com

25 апреля 2009 года провёл уникальный Бал Магов (совместно с Лурисом).

22 июня 2011 года и 3 сентября 2011 года выступил инициатором проведения Первого и Второго круглых столов магов, конечной целью которых стало создание Международной Общественной Организации «Восходящее Солнце», под эгидой которой Бомбушкар И. С. провёл Первую Международную научно-практическую конференцию магов (25 декабря 2011 г.)

Летом 2013 года прослушал экспресс-курс по гипнозу у М. Н. Гордеева в его Институте Психотерапии и Клинической Психологии (Москва). Необходимо отметить, что Игорь Бомбушкар был приятно удивлен качеством учебно-методической работы М. Н. Гордеева и организацией учебного процесса, которая была довольно высоко им оценена, несмотря на то, что Гордеев специалист в эриксоновском гипнозе, а не в классическом, к которому издатель, считающий себя учеником и последователем Кашпировского, питает особый, сакральный интерес

Создатель уникальной авторской системы лечебных чаёв «Дар Силы»: «Фитодар» (Маточное гнездышко), «Имунодар» (Молодильное яблочко), «Сосудодар» (Чистая кровь).

В медицине имя Игоря Бомбушкара является весомым и достаточно известным. За годы своей медицинской деятельности (1995-2004 гг.) им было издано более 200 печатных научных работ, 9 монографий, является обладателем 20 авторских свидетельств на изобретения, подготовил и выпустил для студентов медицинских ВУЗов 19 учебных фильмов[1], многие из которых были одобрены и рекомендованы Министерством охраны здоровья как официальные учебные пособия.

Игорь Бомбушкар ведет активный образ жизни, много путешествует по миру[2], в целях поиска глубоких, тайных знаний и знакомств с великими духовными людьми. Также, в круг его интересов входит всестороннее сравнительное изучении религий и особых мест на нашей планете – Мест проявленной Силы.

Несмотря на заслуженную известность как в медицинских, так и в магических кругах, является простым, открытым и доступным для диалога человеком.

[1] Медицинские фильмы можно смотреть бесплатно на сайте www.mag-ingwar.com в разделе «Видео» и на том же сайте в разделе «Мои статьи» ознакомиться с материалами его работы.

[2] На июнь 2015 года Игорь Бомбушкар посетил 36 стран, детальный письменный отчет об этих научно-исследовательских экспедициях, в каждую из 36 стран, можно прочитать на его сайте www.mag-ingwar.com в разделе «В поисках утраченного знания».

Сегодня он оказывает помощь всем желающим как дипломированный врач (хирург, психиатр), целитель, травник, и главное – МАГ.

МАГИЯ, согласно запатентованного Бомбушкаром определения – это высшая ступень умения сознательно и самостоятельно управлять событиями своей собственной жизни. Именно этой магии обучает Бомбушкар И. С. (маг Ингвар) своих учеников и последователей.

Проводит профессиональное и качественное обучение избранных и достойных представителей человечества прикладным магическим дисциплинам.

В 2014 году выступил инициатором проведения Всеукраинской Программы Благотворительной Помощи людям, живущим с ВИЧ (ВПБПЛЖВ)[345]. На внедрение в жизнь этой Программы Игорь Бомбушкар потратил ВСЕ свои деньги, которые он заработал тяжёлым, но честным (поскольку каждая заработанная копейка отражена в его налоговых декларациях) и упорным трудом за последние 10 лет.

На данный момент Программа ВПБПЛЖВ активно воплощается в жизнь.

7 декабря 2014 года в кинотеатре «Украина» (город Киев), состоялась официальная премьера документального фильма «Жизнь Мага», посвященного жизнедеятельности Ингвара[6].

1 января 2014 года в честь двадцатилетнего юбилея реальной практической магической деятельности, а также десятилетия проживания на территории Киева, Бомбушкар И. С. на весь Мир открыто и во всеуслышание заявил, что его издательство возрождается из пепла, подобно легендарному Фениксу, для того, чтобы подарить этому Миру 13 бесценных магических гримуаров – фолиантов.

Первые 5 томов из заявленного им тринадцатитомника вышли в свет в 2014 году (1 том «я хочу, чтобы Ты жил», 2 том «Магия Таро Люцифера», 3 том «Основы парапсихологии», 4 том «Колдовской практикум по работе с Бесами», 5 том «Диалог с Магом»[7]), а вот 6 том, под названием «Глубины непознанного суффизма. Сакральная анатомия человеческого естества», 7 том «В поисках утраченных знаний» и 8 том «Тайна гипноза раскрыта. Практикум по гипнозу для спецслужб» выйдут в свет до конца 2015 года.

2 июня 2015 года получил от Высших Сил разрешение на практическое применение (в лечебных целях) и обучение профессиональному гипнозу избранных и достойных.

Связаться с издателем можно через его личный сайт www.mag-ingwar.com

[3] Книга «я хочу, что бы Ты жил», печатный вариант и аудиоверсия доступны для бесплатного скачивания на сайте www.mag-ingwar.com.

[4] Документальный фильм «Работа с энергий», можете в любой момент посмотреть на YouTube.

[5] Статья-отчет о выполненной программе благотворительной помощи людям живущим с ВИЧ от 13.05.2015 года на сайте www.mag-ingwar.com (в разделе «Новости»).

[6] Премьера фильма «ЖИЗНЬ МАГА» состоялась, статья-отчет от 9.12.2014 года на сайте www.mag-ingwar.com.

[7] Все эти книги можно читать бесплатно на сайте www.mag-ingwar.com в разделе «Мои книги».



Тайна Гипноза до сегодняшнего дня была известна лишь единицам избранных Посвященных высших ступеней. Отныне, эта веками хранимая тайна открыта для всех. Всего лишь 25 лет жизни проведенных в титанической работе его разума и постоянном мучительном поиске по всему миру нужных ему людей ушло у мага Ингвара на раскрытие этой тайны. За эти 25 лет осознанных поисков он успел не только окончить медицинский университет и получить специализацию хирурга и психиатра, но и написать около 1000 научных и научно- популярных статей, прочитать около 8000 книг, создать 18 научных медицинских фильмов и 2 документальных, официально издать в своем собственном издательстве 56 книг по эзотерике, провести на государственном уровне Всеукраинскую Акцию Благотворительной Помощи людям живущим с ВИЧ (ВПБПЛЖВ), на которую он, глупец, потратил все свои собственные наличные деньги.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Платонов Константин Иванович
СЛОВО КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

Редактор Е. Ф. Полежаев
Техн. редактор Ю.С. Бельчикова
Корректор О. А. Лосой
Переплет художника Л. С. Эрмана

Сдано в набор 25/IV 1956 г. Подписано
к печати 26/X 1956 г. Формат бумаги
70x108 1/16=13,5 бум.л.36,99 печ.л.
+1,03 печ. л. вкл. 36,77 уч.-изд.л.
Тираж 7000 экз. Т 09270 ММ-71.

Медгиз, Москва, Петровка, 12
Зак.1668. Министерство культуры СССР
Главное управление полиграфической
промышленности. Первая Образцовая
типография имени А. А. Жданова, Москва,
Ж-54, Валовая, 28.
Цена 18 р. 75 к. Переплет 2 руб.
Отпечатано в 3-й тип. Медгиза.
Москва, Солянка, 14. Зак. 1

К. И. Платонов
СЛОВО КАК ЛЕЧЕБНЫЙ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР

Издание четвертое
(скомпонованное из трёх предыдущих, без исправлений и дополнений).
С предисловием И.С Бомбушкара
(Русский язык)

Редакция и оригинал-макет: И. С. Бомбушкар

Подписано в печать 22.05.2015 Формат 137x197.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Тираж 50 экз. Заказ № 16.

Издатель и изготовитель
«Издательство Бомбушкара 2.0» (СПД ФЛ Бомбушкар И.С.)
Свидетельство о внесении в государственный реестр субъекта
издательского дела ДК № 2473 от 26.04.2006 г.
Для писем: 01042, Киев, а/я 66. +38 044 599 51 23